

身体障害者手帳交付事務処理マニュアル

市町村用

令和4年4月改訂版

埼玉県総合リハビリテーションセンター
障害認定担当

目次

1	身体障害者手帳交付事務の基本的な流れ	
1-1	事務フロー	1
1-2	標準処理期間	2
1-3	手帳の交付日	2
1-4	障害程度審査委員会	2
1-5	埼玉県社会福祉審議会	3
2	申請前（診断書配布時）の説明	
2-1	申請前の説明事項	4
2-2	15条指定医向け「診断書作成の注意事項」の配布	6
3	申請書の受付	
3-1	申請書の受付に関する基本事項	7
3-2	認定を伴う申請（新規申請、障害名・程度の変更）	9
3-3	認定を伴わない申請・届出（居住地変更、紛失再交付、返還等）	15
3-4	県リハビリセンターでの再交付	19
3-5	市町村での補正	21
3-6	市町村での再交付（権限移譲再交付）	23
3-7	県外転出	25
3-8	返還	26
4	進達・報告	
4-1	進達・報告の様式及び時期	27
4-2	進達・報告の注意事項	27
5	照会・回答、申請取下げ等	
5-1	照会・回答	30
5-2	申請取下げ	33
6	手帳の交付	
6-1	送付する文書等	32
6-2	手帳交付番号	33
6-3	交付前の処理	33
6-4	交付時の留意事項	33
6-5	審議会への諮問・申請却下	34
6-6	審査請求等	34
7	その他の手帳事務	
7-1	再認定の通知、指導、督促及び報告	35
7-2	手帳所持者データの適切な管理	36
8	申請書等記載上の注意・記入例	
8-1	申請書の受付に関する基本事項	37
8-2	診断書受理の際の確認事項	38
8-3	<10>新規申請	39
8-4	<11>程度変更申請	40
8-5	<14>障害名の削除	41
8-6	<15>本人氏名変更	42
8-7	<12>紛失+<17>本人居住地変更	43
8-8	<06><16>本人（県外から）県内転入	44
8-9	<07><17>本人居住地変更+<08><18>保護者居住地変更	45

8-10	<09>保護者変更	46
8-11	手帳記載事項の補正例	47
8-12	<12><13>紛失・破損再交付(市町村での再交付) 作成例	48
8-13	<12>紛失再交付	49
8-14	<20>本人県外へ転出	50
8-15	<21>死亡による返還	51
8-16	<22><23>非該当等による返還	52
9	参考資料・様式	
9-1	手帳台紙送付依頼文書例	53
9-2	手帳台紙出納簿様式例	54
9-3	進達書様式(様式第1号)	55
9-4	報告書様式(権限移譲再交付)(様式第2号)	56
9-5	連絡票様式	57
9-6	取下げ書様式	58
9-7	申請者の状況報告様式	59
9-8	再認定指導状況報告様式(3か月経過)	60
9-9	再認定指導状況報告様式(6か月経過)	61
9-10	交付台帳データ提供依頼文書例	62
9-11	JR運賃割引制度の種別表	63
9-12	下肢4級各号と手帳表記の障害名との対応について	65
9-13	身体障害者手帳の障害区分別等級の表記について	68
9-14	新しい住所コードの付番依頼文書例	69
10	よくある質問と回答	
10-1	受付時	70
10-2	申請中	71
10-3	交付時	71
10-4	手帳の内容変更・手帳の記入欄の不足	72
10-5	転入時	73
10-6	転出時	73
10-7	紛失、破損の再交付(権限移譲再交付)	73
10-8	照会時	74
10-9	再認定	75
10-10	手帳内容の確認	76
10-11	返還手帳の取扱い	77
10-12	認定時の障害の状態から改善	77
10-13	診断書の取扱い	77

*このマニュアルでは、次のとおり一部省略して表記する。

「埼玉県総合リハビリテーションセンター」→「県リハビリセンター」

「市福祉事務所」→「市」

「身体障害者手帳交付等申請(届)書」→「申請書」

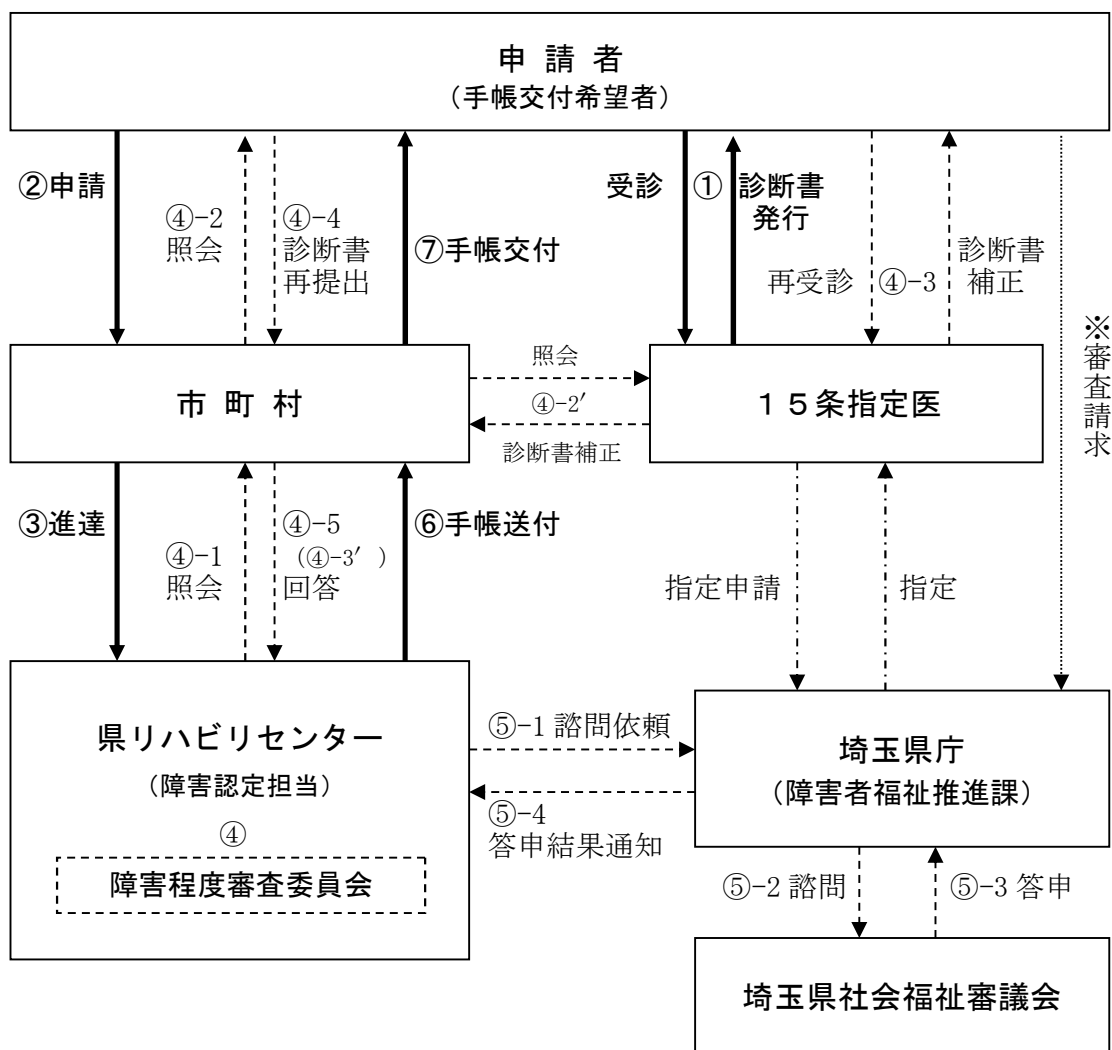
「身体障害者診断書・意見書」→「診断書」

「身体障害者福祉法第15条指定医師」→「15条指定医」

1 身体障害者手帳交付事務の基本的な流れ

1-1 事務フロー（認定を伴う申請の場合）

- ① 手帳交付希望者は、15条指定医の診断を受け、診断書の発行を受ける。
 - ② 手帳交付希望者は、原則としてその居住地の市町村に申請書及び診断書を提出する。
 - ③ 市町村は、申請書を受理し、県リハビリセンターに送付（進達）する。
 - ④ 県リハビリセンターは、診断書を審査し、必要に応じて診断書の内容に関する照会を行う。また、等級意見に疑義があるものについて障害程度審査委員会等で審査を行う。
 - ⑤ 県リハビリセンターは、認定が困難な場合、埼玉県社会福祉審議会に諮問を行う。
 - ⑥ 県リハビリセンターは、手帳の交付決定を行い、手帳及び通知書を市町村に送付する。
 - ⑦ 市町村は、申請者に手帳及び通知書を交付する。
- （※ 申請者は、処分に不服がある場合には、審査請求を行うことができる。）



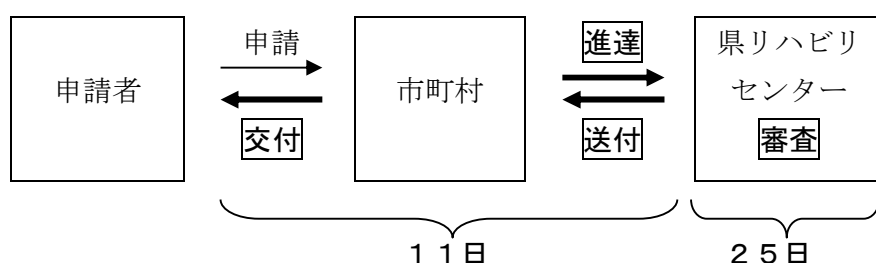
1-2 標準処理期間

市町村が身体障害者手帳交付申請書（新規・程度変更）を受理してから、県リハビリセンターが審査し、手帳を申請者に交付するまでの標準処理期間は**36日間**（県の休日を含まない）と定められている。

このうち、市町村の経由事務に係る経由期間は**11日**、行政庁による審査が**25日**となっている。

経由期間の11日は、「申請書の受理・県への進達」と「県から送付された手帳の申請者への交付」とを合わせた期間であるため、**受理した申請書及び診断書は速やかに進達し、送付された手帳は速やかに申請者に交付**する必要がある。

（県リハビリセンターでは、原則として<※>申請書を受理した後、**県の休日を含めておおむね30日以内に手帳その他関係書類を作成し、市町村宛発送**することとしている。）



<※> 診断書に疑義・不備がなく、障害程度審査委員会での審査や15条指定医苑の照会を要しない場合。

1-3 手帳の交付日

手帳の交付年月日は、原則として**市町村が申請書を受理した日**となる。

ただし、診断書の内容を15条指定医に照会した結果、診断日（検査日）が変更された場合は、**変更後の診断日（検査日）**を交付年月日とする。

1-4 障害程度審査委員会

県リハビリセンターの審査において、事務担当者による等級の判断が困難な場合には、15条指定医で構成されているセンター内の障害程度審査委員会に審査を依頼する。

委員会での審査日の都合により審査に時間を要することがあるため、県リハビリセンターが申請書を受理した後、**30日以内に手帳を発送**できない場合がある。

1－5 埼玉県社会福祉審議会

県リハビリセンターで審査を行った結果、認定が困難な場合や従来と同じ等級となる場合（再認定を除く）には、埼玉県社会福祉審議会に諮問し、その答申を受けた上で認定の可否を決定することになる。

審議会は年4回（約3か月間隔）の開催であるため、決定には時間を要することになる。（→P. 33 6－5 審議会への諮問・申請却下）

2 申請前(診断書配布時)の説明

身体障害者手帳の速やかな交付を図るため、手帳の交付申請に関する事前相談時や診断書の配布時などに、次の「身体障害者手帳の申請に関する注意事項」について説明する。

また、手帳交付申請予定者に対し、「身体障害者診断書・意見書の注意事項」(15条指定医師向けの診断書作成の注意事項)を配布し、受診時に診断書の様式とともに15条指定医に手渡すよう案内する。

2-1 申請前の説明事項

ポイント1 病気による日常生活の不自由さと身体障害者手帳の障害は同じではないこと

「重い病気にかかっている」、「痛みがある」ことだけをもって手帳は交付されない。筋力低下、関節可動域の制限など、身体機能の低下の状態が認定基準に合致した場合に手帳が交付される。

また、手帳が交付できるかは、15条指定医による診断書が作成されないと判断できない。身体障害者手帳の対象となる障害か、15条指定医に相談いただいた上で申請するかどうか検討いただくことが必要である。

ポイント2 認定には疾病等の発症から一定の観察期間(原則として6か月)が必要であること(→P.12 **ポイント7**)

治療中の場合や発症から間もない場合は、ただちに認定することはできない。治療が終了し、リハビリテーション等を含む十分な観察期間をおいた上で、将来においても回復する可能性が極めて少ないとの判断が可能となった時点で認定することとなる。

ポイント3 15条指定医のみ診断書を作成できること(→P.11 **ポイント1**)

都道府県が指定した15条指定医でなければ診断書を作成することはできない。診断書の作成が可能かどうかは、受診する医療機関の受付で確認してもらう。

診断書作成者が15条指定医でない場合、申請されても受理することができない。改めて15条指定医による診断書の作成が必要となり、新たに申請し直すこととなる。

ポイント4 診断書に不備がある場合、再度の受診が必要になる可能性があること

15条指定医師向けの「身体障害者診断書・意見書作成の注意事項(再提出を要する事項)」を踏まえて作成された診断書でない場合、認定が困難となり、補正のために再度の受診が必要になる可能性がある。

なお、再度受診した場合、手帳の交付日が再診断した日に変更となることがある。

(→P.2 1-3 手帳の交付日)

ポイント5 診断書の等級意見のとおり認定されない場合があること

診断書に記載された等級は15条指定医の意見であり、手帳の等級は、15条指定医の意見を参考に、認定基準に基づいて県知事が決定することとなる。

したがって、必ずしも診断書どおりの等級で認定されるわけではないことをあらかじめ御理解いただく。

ポイント6 等級意見が「7級」「該当しない」の場合や一時的な人工肛門造設等の場合は、手帳は交付されないこと（→P. 11 **ポイント3**）

「7級」「該当しない」と記載されている場合、また、人工肛門・人工ぼうこうで一時的な造設である（「要再認定」となっている）場合、申請しても認定される可能性は極めて低い。（申請却下となる。）診断書作成を依頼する前に15条指定医に相談し、認定基準に合致することを確認した上で診断書の作成を依頼することが望ましい。

なお、申請を行った場合、埼玉県社会福祉審議会（年4回開催）の諮問対象になり、結果が通知されるまで3～4か月程度の期間を要する。

ポイント7 診断日（診断書作成日）から3か月以内に申請すること

（→P. 12 **ポイント4**）

直近3か月の障害の状態を確認し認定するため、申請書に添付する診断書は、**申請日から3か月以内に作成されたもの**が必要となる。

したがって、診断書作成日から3か月以上経過して申請した場合、再度の受診による診断書の再作成が必要となる。

ポイント8 既に認定されている障害区分と同一障害区分の申請の場合、手帳を提示すること（肢体不自由、ぼうこう・直腸機能障害の場合）

（→P. 12 **ポイント8**）

既に身体障害者手帳の交付を受けており、その後に同一の障害区分で障害名の追加、程度の変更の申請を行う場合、既に認定されている障害の状態も含む現在の障害の程度を改めて総合的に判断し、等級を決定する。

したがって、既に認定されている障害の状態についても改めて診断書に記載する必要があるため、記載漏れがないよう身体障害者手帳の内容を15条指定医に提示すること。診断書に所見がない場合、既に認定されている障害名や等級をそのまま認定することは困難となる。

（例）この場合、右上肢と左股関節は認定できない。

既交付手帳の内容	再交付申請の申請内容
総合1級 ・ 右上肢全廃2級 ・ 右下肢著障4級 ・ 左股関節全廃（人工関節）4級	総合3級 ・ （記載なし） ・ 右下肢全廃3級 ・ （記載なし）

2-2 15条指定医向け「診断書作成の注意事項」の配布

申請時に提出された診断書では障害の程度が確認できず適切に認定できない場合、15条指定医に照会し、回答を確認した上で認定することとなるため、手帳の交付が遅くなる。

本注意事項は、照会が必要な事項を「**身体障害者診断書・意見書作成の注意事項（再提出を要する事項）**」としてまとめたもので、適切に記載されている診断書が作成されることにより、申請者の負担軽減と迅速な手帳交付を図るものである。

本注意事項を踏まえた診断書の作成がなされていない場合、再度受診が必要となり、手帳の交付が遅れる場合がある旨、申請者にあらかじめ説明する。

※ 「**身体障害者診断書・意見書作成の注意事項（再提出を要する事項）**」は別に通知するので、最新のを配布すること。

3 申請書の受付

3-1 申請書の受付に関する基本事項

申請書等記載上の注意・記入例→P. 37

(1) 申請書を受理する市町村

申請書は、手帳所持者（予定を含む）に対して援護を行う市町村が受理する。
施設入所者や外国人等については、援護の妥当性を検討、調整した上で受理する。

(2) 申請内容の確認・補足

①氏名、②住所、③生年月日 について住民基本台帳との突合により確認する。

申請書に記入された文字が読みにくい場合や異体字等が使用されている場合には、余白や連絡票（→P. 57）に大きく書き直して補足する。

手帳は申請書に記載された内容で作成するため、記載内容に誤りがあった場合には、後日再交付申請（〈14〉その他（誤記の修正））が必要となる。

(3) 申請書の記入者

申請書は、申請者またはその意を受けて窓口に来た方（代理人）が記入する。

ただし、申請書の一部はそのまま入力票になるため、判読可能な文字の記入が困難な場合は、市町村の担当者が適宜補完、代筆することは差し支えない。（誤りに十分注意する。）

(4) 個人番号の記載

身体障害者手帳に係るすべての申請・届出について、申請書に「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（番号法）」に基づく個人番号の記入が必要となる。

また、個人番号の提供を受ける場合には、番号法等の規定に基づく本人確認が必要となる。

○本人から個人番号の提供を受ける場合

- ・番号確認： 個人番号カード、通知カード等
- ・身元（実存）確認： 個人番号カード、運転免許証等

○本人の代理人から個人番号の提供を受ける場合

- ・代理権の確認： 戸籍謄本、委任状等
- ・代理人の身元（実存）確認： 代理人の個人番号カード、運転免許証等
- ・本人の番号確認： 本人の個人番号カードまたはその写し等

(5) 外国人の氏名表記

申請者が外国人の場合は、カタカナ（通称）またはアルファベットのどちらかの表記とする。手帳には申請書の氏名欄に記載されたとおりに表記されるため、希望する表記で申請書に記入する。

アルファベットの表記を希望する場合には、ブロック体（大文字または小文字）で

はっきりと記入するとともに、フリガナ欄にはカタカナの通称を記入する。申請者の記載した文字が読みにくい場合は、余白や連絡票により適宜補足する。

(6) 住所の表記

住所については、本人の特定や郵便物の送付等に支障のない範囲で簡潔に記入する。
（「丁目」「番地」等は「ー」に置き換え、「大字」は省略する。）

なお、マンションやアパートの記載を要する場合には、数字やカナの区別をはっきりと正確に記入する。

〔例〕「ア」と「マ」、「7」と「ク」「フ」と「ワ」、「13」と「B」など

(7) 保護者

本人が15歳未満の場合には、保護者の氏名、住所、続柄を記入する。

本人と保護者が別居の場合は、保護者の住所コードも記入する。

なお、本人が15歳以上の場合には、保護者を記入しても手帳には表示されない。

また、15歳未満で手帳の交付を受けた後に15歳となった場合、保護者が表示されたままの手帳を継続して所持することは差し支えない。

特に削除を希望する場合は、再交付の申請により権限移譲再交付で対応する。（→

P.23 3-6 市町村での再交付（権限移譲再交付）

(8) 本籍地・住所コード

本人の本籍地及び住所のコードを記入する。コードは「身体障害者手帳・療育手帳交付事務用コード表」を参照する。

なお、同一市町村内で類似の地名がある場合には、コードの誤記に注意する。

また、地番整理、住居表示実施などで新しい町名ができた場合は、県リハビリセンターに住所コードの登録を文書（→P.69）で依頼する。

(9) 管轄福祉コード

「管轄福祉」欄（申請書中央下部）に福祉事務所コードを記入する。その部分以外の申請書の右半分は何も記入しない。

(10) 手帳作成要・不要の選択（項目番号6～9の場合）

項目番号6～9は、市町村で手帳を補正する対応が可能な事務であるが、「項目番号6～9で手帳作成」欄の「0 不要/1 必要」は、県リハビリセンターでの新しい手帳の作成が必要かどうかで選択する。

- 6 本人(県外から)県内転入
- 7 本人(県内での)居住地変更
- 8 保護者居住地変更
- 9 保護者(氏名)変更

- ・現手帳（他県で交付された手帳を含む。）の補正で対応可
- ・新しい手帳の交付希望がある場合は、県リハビリセンターで再交付

3-2 認定を伴う申請（新規申請、障害名・程度の変更）

3-2-1 認定を伴う申請の種類

新規の手帳交付申請、障害名・程度の変更申請に当たっては、15条指定医が作成した診断書の添付が必要であり、県リハビリセンターの審査及び認定を経た上で手帳が交付される。

項目番号	申請事由	申請時点での手帳の有無	「要再認定」欄の表示の有無	申請の対象の障害区分
<10>	新規申請	なし	—	—
<11>	障害名・程度の変更 (再認定)	あり	表示がある ○障害区分 ○年月	「要再認定」欄に指定された障害区分〔※1〕
<11>	障害名・程度の変更 (再認定以外) (「狭義の程度変更」として取り扱う〔※2〕)			「要再認定」欄に指定されていない障害区分 (障害名の追加)
			表示がない	現手帳の「障害名」欄と同じ障害区分 (障害程度の変更)
				現手帳の「障害名」欄とは別の障害区分 (障害名の追加)

※1 次の場合は再認定以外の申請として取り扱うことがある。

- ①要再認定として指定された時期よりも3か月以上早く申請があった場合
- ②手帳に表記された原因疾患とは別の疾病による障害が生じた場合

※2 再認定以外の「障害名・程度の変更」の申請を便宜上「程度変更」と呼称する。

3-2-2 障害区分名と再認定の表示（15条指定医の区分）

手帳に表記される障害区分と再認定欄の障害区分の名称は、次のとおり。

障害区分名	再認定の表示
視覚障害	視覚
聴覚障害	聴覚
平衡機能障害	平衡
音声・言語機能障害	音・言・そ
そしゃく機能障害	
肢体不自由〔※〕 (上肢・下肢・体幹・移動)	肢体
心臓機能障害	心臓
じん臓機能障害	じん臓
呼吸器機能障害	呼吸器
ぼうこう又は直腸機能障害〔※〕	ぼう・直腸
小腸機能障害	小腸
免疫機能障害	免疫
肝臓機能障害	肝臓

「肢体不自由」及び「ぼうこう又は直腸機能障害」に対して再認定を指定する場合、「上肢」「下肢」「体幹」「移動」「ぼうこう」「直腸」等に細分化しない。

3-2-3 診断書受理の際の確認事項

診断書受理の際の確認事項→P. 38

診断書を受理する場合には、以下の点について確認し、必要に応じて、受理の可否について県リハビリセンターに協議する。

いったん受理した後に対応する場合、日数を要したにもかかわらず、申請者に不本意な結果となることがあるため、できるだけ受理する前に協議することが望ましい。

なお、加除修正を要する場合、市町村の担当者が診断書に直接加筆することは望ましくないため、付箋や連絡票（→P. 57）で補足する。

ポイント1 診断医は15条指定医か。

あらかじめ県障害者福祉推進課から提供されている15条指定医リストで確認する。

リストがない都道府県の医療機関である場合は、当該都道府県の障害者福祉担当部署に問い合わせを行う。（確認ができた場合は、「〇〇県の指定あり」のように連絡票等に付記する。）

確認できない場合は、県リハビリセンターに協議した上で、申請を受理せず、15条指定医の診断を受けた上で改めて申請するよう促す。

（書類として不備であり受理できない。改めて15条指定医による診断書の作成が必要となり、新たに申請し直すこととなる。）

また、医療機関の名称が記載されていない場合は、申請者から聴取した上で、付箋等で補足する。（→P. 28）

ポイント2 診断医の押印は無くても可。

従来、診断書には必ず15条指定医師の押印が必要でしたが、令和3年4月から押印は不要となりました。

ポイント3 参考意見（該当・非該当の別、等級）が記載されているか。

○等級が空欄の場合

申請を受理せず、15条指定医に記入してもらった上で、改めて申請するよう勧める。（受理しても後日照会となる。）

○「該当しない」または「7級」のみの場合

手帳が交付となる可能性は極めて低いため、申請の見送りを勧める。（再認定の申請である場合には、申請の見送りと併せて、手帳の返還も勧める。）

申請の見送りをせず、引き続き申請を希望する場合には、埼玉県社会福祉審議会（年4回開催）の諮問対象となるため、決定に時間を要する旨を説明する。

※ 診断医の参考意見（該当・非該当、等級）で「該当しない」または「7級」とされたものは、審査結果においてもすべて障害等級を認定していない。

○認定済の障害区分及び等級と同じ参考意見の場合

再認定の申請であれば差し支えない。

程度変更の申請である場合、「程度変更の必要がない」として申請が却下される可能性が高いため、県リハビリセンターに対応を協議する。

ポイント4 診断日（診断書発行日）が3か月以内か。

診断日（診断書発行日）から3か月以上経過した診断書が添付された場合には、再診断を受けて診断日を含む診断内容を修正した後に申請することを勧める。（受け付ける際は、後日照会となる可能性が高いことを伝えた上で受理する。）

ただし、ポイント7の事例のように、検査データに基づかずに認定できるものもあるので、必要に応じて、県リハビリセンターに対応を協議する。

なお、診断日が空欄の場合は、医療機関に電話で聴取した上で、補足する。（→P. 28）

ポイント5 鉛筆書きでないか。

ペンや印字以外の場合は誰でも修正が可能であり、文書として適切ではないため、受理しない。

ポイント6 「氏名」「生年月日」「住所」が住民基本台帳と一致しているか。

旧住所が記載されている場合には、同一人物であるかどうかを確認した上で、現住所を補足する。（→P. 28）

ポイント7 診断日は「③疾病・外傷発生年月日」から6か月以上経過しているか。

発症や手術から6か月を経過していない時点で診断された場合には、障害固定とするには時期尚早であるとされ、後日照会となる可能性が高いことを伝えた上で受理することが望ましい。

ただし、次に掲げる疾患や障害は発症又は術後6か月以内の診断でも認定できる場合がある。

〔例〕無眼球、喉頭摘出、四肢欠損（指を含む）、脳血管障害で3か月以上経過（再認定付）、弁置換（心臓）、恒久的ペースメーカーの植え込み、人工透析治療導入後、人工ぼうこう・人工肛門の永久的造設、免疫機能障害

ポイント8 「⑥その他参考となる合併症状」に認定済の障害が記載されているか。

同一の障害区分（→P. 10）の再認定や程度変更の申請において、既に認定済の障害名が記載されていない場合は、原則としてその障害名は認定されない。記載がない場合は、このことを説明した上で受理することが望ましい。（→P. 5 2-1 ポイント8 既に認定されている障害区分と同一障害区分の申請の場合、手帳を提示すること）

〔例〕人工関節置換の手帳所持者が脳梗塞による機能障害で程度変更を申請する場合

3-2-4 新規申請の必要書類と注意事項

申請書等記載上の注意・記入例→P. 39

(1) 申請に必要な書類

1 申請書

2 診断書

3 本人の写真

縦4 cm、横3 cmの大きさで、上半身脱帽、1年以内に撮影したもの。

交付まで市町村で保管する。

4 個人番号を確認する書類（→P. 7 3-1 (4) 個人番号の記載）

(2) 受付に当たっての注意事項

既に身体障害者手帳の交付を受けていないか申請者に確認するとともに、既に援護の対象になっていないかどうか更生指導台帳の有無等を確認する。

3-2-5 再認定申請の必要書類と注意事項

手帳第3面「要再認定」欄（→P. 48）に障害区分と年月が記載されている場合、その時期に改めて15条指定医に受診し、診断書を提出した上で、手帳の再交付を受ける必要がある。（非該当となった場合は、手帳の返還を要する。）

(1) 申請に必要な書類

1 申請書

2 診断書

3 本人の写真

縦4 cm、横3 cmの大きさで、上半身脱帽、1年以内に撮影したもの。

交付まで市町村で保管する。

4 旧手帳

申請時に確認した後、いったん申請者に返却する。

その後、新手帳の交付時に回収し、県リハビリセンターへ返還する。

（この場合の返還は、申請書の提出は不要）

5 個人番号を確認する書類（→P. 7 3-1 (4) 個人番号の記載）

(2) 受付に当たっての注意事項

ア 手帳の交付状況及び記載内容の変更の有無について、旧手帳及び更生指導台帳等により確認する。（住所や保護者に変更がある場合には、同一の申請書で届出をしても差し支えない。）

イ 「手帳交付番号等」欄は必ず記入する。「交付年月日」欄には初回交付日を、「等級」「種別」「障害名」「再認定」の各欄には直近（現在）の手帳の内容をそれぞれ記入する。

3-2-6 程度変更申請の必要書類と注意事項

申請書等記載上の注意・記入例→P. 40

(1) 申請に必要な書類

- 1 申請書
- 2 診断書
- 3 本人の写真
縦4 cm、横3 cmの大きさで、上半身脱帽、1年以内に撮影したもの。
交付まで市町村で保管する。
- 4 旧手帳
申請時に確認した後、いったん申請者に返却する。
その後、新手帳の交付時に回収し、県リハビリセンターへ返還する。
(この場合の返還は、申請書の提出は不要)
- 5 個人番号を確認する書類 (→P. 7 3-1 (4) 個人番号の記載)

(2) 受付に当たっての注意事項

- ア 手帳の交付状況及び記載内容の変更の有無について、旧手帳及び更生指導台帳等により確認する。(住所や保護者に変更がある場合には、同一の申請書で届出をしても差し支えない。)
- イ 「手帳交付番号等」欄は必ず記入する。「交付年月日」欄には初回交付日を、「等級」「種別」「障害名」の各欄には直近(現在)の手帳の内容をそれぞれ記入する。
また、再認定の指定がある場合には、もれなく記入する。

3-3 認定を伴わない申請・届出（居住地変更、紛失再交付、返還等）

3-3-1 認定を伴わない申請・届出の種類

手帳の交付を受けた者（手帳所持者）が次に掲げる事項に該当する場合には、申請または届出が必要となる。

この場合の申請・届出に当たっては、15条指定医が作成した診断書の添付は不要であり、県外への転出及び返還を除き、交付済の手帳を補正するか、あるいは新たな手帳の再交付を行う。

なお、手帳の補正・再交付は、申請者を今後援護する市町村で行う。（居住地変更の場合はP.19参照）

項目番号	申請・届出事由		県リハビリセンターでの再交付	市町村での補正・再交付
<12> <13>	紛失 破損		× (ただし項目番号<6>~<9>,<15>を伴う場合は○)	○ (ただし、次の再交付は×。 ・記載事項の変更(項目番号<6>~<9>,<15>)を伴う場合 ・旧手帳が他の都道府県市で交付した手帳の場合 ・埼玉県交付で手帳番号が第200000号未満の場合)
<14>	その他	(写真の貼替、15歳以上の保護者削除等)		
		(障害名の削除、前申請の誤記の修正等)	○	×
<15>	本人氏名変更		○	×
<6> <7> <8> <9>	本人(県外から)県内転入 本人(県内での)居住地変更 保護者居住地変更 保護者変更、保護者氏名変更		△ (申請者が希望する場合のみ) <16> <17> <18> <19>	○ (ただし補正に限る) <06> <07> <08> <09>
<20>	本人県外へ転出		×	×
<21> <22> <23>	返還(死亡) 返還(非該当) 返還(その他)		—	—

※ 項目番号「<6>~<9>」については、「手帳の作成」の有無（1または0）を選択する。

- ・市町村で手帳を補正（県リハビリセンターでの手帳作成なし）： <06>~<09>
- ・県リハビリセンターで手帳を作成（手帳作成あり）： <16>~<19>

3-3-2 申請・届出受理の際の注意事項

(1) 紛失・破損再交付は条例による移譲事務

<12><13>の「紛失または破損による再交付」のうち、手帳内容に変更を伴わないものは、「知事の権限に属する事務処理の特例に関する条例」により、市町村に権限移譲され

ているため、原則として県リハビリセンターでは取り扱わない。必ず市町村で再交付し、再交付の状況について県リハビリセンターに報告する。

なお、手帳の内容に変更がある場合は、県リハビリセンターでの再交付となる。

(2) 住所・保護者変更は原則として手帳の補正で対応

住所や保護者の変更（<6>～<9>）については、原則として市町村による手帳の補正（補正例→P. 47）により対応する。ただし、申請者が新たな手帳の交付を希望した場合に限り、県リハビリセンターで再交付する。

（身体障害者福祉法施行令では、再交付の事由は限定されており、本来は住所等の変更は含まれていない。）

(3) 障害名の削除

複数の障害区分を含む手帳の交付を受けている手帳所持者が、一部の障害区分について次に掲げる状況がある場合は、「<14>その他（障害名の削除）」（→P. 41）の申請を求める。

ア 再認定の申請をしたが非該当として却下された

イ 要再認定とされている障害区分の再認定を申請せずに認定対象から削除する

ウ 障害が軽快して認定基準に該当しなくなったと自主的に判断した

なお、アの場合は、速やかな申請手続きを求める必要がある。

(4) 手帳の誤記の修正による再交付

以前の申請の際に、氏名、生年月日、住所を誤って記入したことにより手帳の表記に誤記が生じていることが判明した場合は、「<14>その他（誤記の修正）」の申請を求める。この際、修正事項を明記すること。申請に基づき、改めて県リハビリセンターが手帳を作成する。

(5) その他の事由による再交付

上記(3)、(4)の他、次のような場合は、「<14>その他」の申請により手帳を再交付する。

なお、ア～ウについては、変更事項がなければ市町村による再交付（権限移譲再交付）で対応する。

ア 本人確認が困難となったため、**写真を貼り替える場合**

イ 15歳未満で手帳の交付を受けた後に15歳に達し、**保護者の削除**を希望する場合

ウ 手帳第6～8面の**備考欄が不足**した場合

エ 手帳第4面の**変更事項欄が不足**した場合

(6) 居住地変更に準じる場合

次のような場合は、「<7>本人（県内での）居住地変更」に準じて取り扱う。

ア 市町村合併、地番整理、住居表示実施により**住所の表記が変更**になった場合

※ 市町村合併、地番整理、住居表示実施により、新しい住所コードを作成する

必要があるときは、文書（→P. 69）で依頼する

イ 住民登録上の変更はないが、**援護する市町村が変更となる場合（→P. 18(4) 援護市町村のみの変更（住民登録変更なし）**

（新たな援護市町村がさいたま市、川越市、越谷市、川口市及び埼玉県外の市区町村の場合には「<20>県外転出」とする。）

(7) 県外転出者の把握、職権による届出

「<20>本人県外へ転出」については、法令上の届出義務はないが、本人が転出先で手続きを行わない場合、埼玉県における身体障害者手帳交付台帳の記載が放置されることになるため、住民基本台帳法の担当課と連携し、届出を促すこととする。

なお、転出先の県外市区町村が手帳の補正または再交付を行うため、県外転出の届出の際の手帳の補正は不要である。

なお、本人の届出がないまま、転出先の県外市区町村からの通知等により後日県外転出が判明した場合には、職権により届出を行うこととする。

さいたま市、川越市、越谷市及び川口市は、政令指定都市、中核市として独自に手帳を交付しているため、「県外」に準じて取り扱う。

3-3-3 居住地変更に伴う手続き

(1) 同一市町村内での転居

転居後の援護市町村	住民登録のある市町村での手続き
[7] 居住地の市町村が援護	<7>居住地変更 →市町村での補正<07> (または県リハビリセンターでの再交付<17>)
[1] 居住地以外の市町村が援護	下記[サ]～[ス]参照

(2) 転入

転入元	転入先での手続き
[ウ] さいたま市、川越市、越谷市、川口市以外の県内市町村からの転入	<7>居住地変更 →市町村での補正<07> (または県リハビリセンターでの再交付<17>)
[エ] さいたま市、川越市、越谷市、川口市からの転入	<6>県内転入 →市町村での補正<06> (または県リハビリセンターでの再交付<16>)
[オ] 埼玉県外からの転入	
[カ] 転入したが援護は転入元の市区町村が継続	転入先での手続きは不要

(3) 転出

転出先	転出元での手続き
[キ] さいたま市、川越市、越谷市、川口市以外の県内市町村への転出	転出元での手続きは不要
[ク] さいたま市、川越市、越谷市、川口市への転出	<20>本人県外へ転出 →手帳の補正や再交付は不可(転出先が行う)
[ケ] 埼玉県外への転出	※職権による届出も可能
[コ] 転出したが援護は転出元の市町村が継続	<7>居住地変更 →市町村での補正<07> (または県リハビリセンターでの再交付<17>) ※進達の際は連絡票を添付

(4) 援護市町村のみの変更(住民登録変更なし)

新たな援護市町村	住民登録のある市町村での手続き	新たに援護する市町村での手続き
[サ] さいたま市、川越市、越谷市、川口市以外の県内市町村が援護	手続きは不要	<7>居住地変更 (住所が変わらないため、手帳の補正や再交付は不要) ※進達の際は連絡票を添付
[シ] さいたま市、川越市、越谷市、川口市が援護	<20>本人県外へ転出 →手帳の補正や再交付は不要かつ不可(必要であれば新たな援護市町村が行う) ※進達の際は連絡票を添付 ※職権による届出も可能	
[ス] 埼玉県外の市区町村が援護		

3-4 県リハビリセンターでの再交付

3-4-1 対象となる申請・届出

項目番号	申請・届出事由		県リハビリセンターでの再交付	市町村での補正、再交付
<12> <13>	紛失 破損		× (ただし項目番号<6>~<9>,<15>を伴う場合は○)	○ (ただし、次の再交付は×。 ・記載事項の変更(項目番号<6>~<9>,<15>)を伴う場合 ・旧手帳が他の都道府県市で交付した手帳の場合 ・埼玉県交付で手帳番号が第200000号未満の場合)
<14>	その他	(写真の貼替、15歳以上の保護者削除等)		
		(障害名の削除、前申請の誤記の修正等)	○	×
<15>	本人氏名変更		○	×
<6> <7> <8> <9>	本人(県外から)県内転入 本人(県内での)居住地変更 保護者居住地変更 保護者変更、保護者氏名変更		△ (申請者が希望する場合のみ) <16> <17> <18> <19>	○ (ただし補正に限る) <06> <07> <08> <09>

※ 項目番号「<6>~<9>」については、「手帳の作成」の有無(1または0)を選択する。

- ・市町村で手帳を補正(県リハビリセンターでの手帳作成なし)： <06>~<09>
- ・県リハビリセンターで手帳を作成(手帳作成あり)： <16>~<19>

3-4-2 必要書類と注意事項

申請書記載上の注意→P. 41~46

(1) 申請に必要な書類

- 1 申請書
- 2 本人の写真
縦4cm、横3cmの大きさで、上半身脱帽、1年以内に撮影したもの。
交付まで市町村で保管する。
- 3 旧手帳
申請時に確認した後、いったん申請者に返却する。
暫定的に補正の処理をしても差し支えない。(補正例→P. 47)
その後、新手帳の交付時に回収し、県リハビリセンターへ返還する。
(この場合の返還は、申請書の提出は不要)
- 4 個人番号を確認する書類(→P. 7 3-1(4) 個人番号の記載)

(2) 受付に当たっての注意事項

他の都道府縣市（さいたま市、川越市、越谷市及び川口市を含む）で交付された手帳は、補正により引き続き使用できる。改めて埼玉県の手帳の交付を希望するかを必ず確認する。

ア 手帳の交付状況及び記載内容の変更の有無について、旧手帳及び更生指導台帳等により確認する。（他市町村からの転入の場合は、援護対象者か必ず確認する。必要に応じて転入元と調整する。援護を行わない場合は受付できない。）

イ 届出事由が複数ある場合には、該当するすべての項目番号を○で囲む。

ウ 項目番号<6>～<9>では、「手帳作成」欄は「1 必要」を選択する。

エ 「手帳交付番号等」欄は必ず記入する。なお、「交付年月日」欄には初回交付日を記入する。

オ <14>障害名削除では、削除する障害区分を記載する。（→P. 41）

3-5 市町村での補正

3-5-1 対象となる申請・届出

項目番号	申請・届出事由	県リハビリセンターでの再交付	市町村での補正、再交付
<12> <13>	紛失 破損	× (ただし項目番号<6>~<9>,<15>を伴う場合は○)	○ (ただし、次の再交付は×。 ・記載事項の変更(項目番号<6>~<9>,<15>)を伴う場合 ・旧手帳が他の都道府県市で交付した手帳の場合 ・埼玉県交付で手帳番号が第200000号未満の場合)
<14>	その他 (写真の貼替、15歳以上の保護者削除等)		
	(障害名の削除、前申請の誤記の修正等)	○	×
<15>	本人氏名変更	○	×
<6> <7> <8> <9>	本人(県外から)県内転入 本人(県内での)居住地変更 保護者居住地変更 保護者変更、保護者氏名変更	△ (申請者が希望する場合のみ) <16> <17> <18> <19>	○ (ただし補正に限る) <06> <07> <08> <09>

※ 項目番号「<6>~<9>」については、「手帳の作成」の有無(1または0)を選択する。

・市町村で手帳を補正(県リハビリセンターでの手帳作成なし)： <06>~<09>

・県リハビリセンターで手帳を作成(手帳作成あり)： <16>~<19>

3-5-2 必要書類と注意事項

申請書記載上の注意・記入例→P.43~46

(1) 届出に必要な書類

1 申請書

2 手帳

補正の処理をした後、返付する前に手帳のコピーを必ずとる。

3 個人番号を確認する書類(→P.7 3-1(4) 個人番号の記載)

(2) 受付に当たっての注意事項

ア 手帳の交付状況及び記載内容の変更の有無について、手帳及び更生指導台帳等により確認する。(他市町村からの転入の場合は、援護対象者か必ず確認する。必要に応じて転入元と調整する。援護を行わない場合は受付できない。)

イ 届出事由が複数ある場合には、該当するすべての項目番号を○で囲む。

ウ 「手帳作成」欄は「0 不要」を選択する。

エ 「手帳交付番号等」欄は必ず記入する。なお、「交付年月日」欄には初回交付日を

記入する。

オ 申請書を受理した後、補正例（→**P.47**）にしたがって補正の処理を行い、補正した状態のコピーをとった上で、手帳を申請（届出）者に返付する。

3-6 市町村での再交付（権限移譲再交付）

3-6-1 対象となる申請・届出

項目番号	申請・届出事由	県リハビリセンターでの再交付	市町村での補正、再交付
<12> <13>	紛失 破損	× (ただし項目番号<6>~<9>、<15>を伴う場合は○)	○ (ただし、次の再交付は×。 ・記載事項の変更(項目番号<6>~<9>、<15>)を伴う場合 ・旧手帳が他の都道府県市で交付した手帳の場合 ・埼玉県交付で手帳番号が第200000号未満の場合)
<14>	その他 (写真の貼替、15歳以上の保護者削除等)		
	(障害名の削除、前申請の誤記の修正等)	○	×
<15>	本人氏名変更	○	×
<6> <7> <8> <9>	本人(県外から)県内転入 本人(県内での)居住地変更 保護者居住地変更 保護者変更、保護者氏名変更	△ (申請者が希望する場合のみ) <16> <17> <18> <19>	○ (ただし補正に限る) <06> <07> <08> <09>

3-6-2 必要書類と注意事項

申請書記載上の注意・記入例→P. 49

(1) 申請に必要な書類

- 1 申請書
- 2 本人の写真
縦4cm、横3cmの大きさで、上半身脱帽、1年以内に撮影したもの。
- 3 旧手帳(紛失の場合を除く)
新手帳の交付時に回収し、県リハビリセンターへ返還する。
(この場合の返還は、申請書の提出は不要)
- 4 個人番号を確認する書類(→P. 7 3-1 (4) 個人番号の記載)

(2) 受付に当たっての注意事項

- ア 手帳の交付状況及び記載内容の変更の有無について、旧手帳、「交付・再交付者リスト」及び更生指導台帳等により確認する。
記載事項の変更がある場合または他都道府県で発行した手帳の場合は、「(3) 市町村での再交付ができない場合」とおり、市町村での再交付はできない。
ただし、「(4) 変更点がある手帳をやむを得ずその場で再交付する特例」とお

り、再交付できる場合もある。

イ 「手帳交付番号等」欄は必ず記入する。なお、「交付年月日」欄には初回交付日を記入する。また、再認定の指定がある場合には、もれなく記入する。

ウ 申請書を受理した後、作成例（→P. 48）にしたがって手書きまたは印字により手帳を作成し、作成した状態のコピーをとった上で、手帳を申請者に交付する。

※ 平成 26 年 9 月 1 日以降については、埼玉県が新規交付する手帳には、総合等級のほかに障害区分ごとの等級を表示することとしている。

（3）市町村での再交付ができない場合

次のような場合には、市町村での再交付はできないので、県リハビリセンターでの再交付（→P. 19 3-4 県リハビリセンターでの再交付）として取り扱う。

ア 旧手帳が他の都道府県市で交付した手帳の場合

（埼玉県の新たな手帳番号の採番を要する）

イ 本人氏名、住所及び保護者が変更され、変更の届出が必要な場合

（変更が届出済であり補正により反映されている場合を除く）

ウ 埼玉県交付の手帳で手帳番号が第 200000 号未満の場合

（新たな手帳番号の採番を要する）

（4）変更点がある手帳をやむを得ずその場で再交付する特例

※ 住所・保護者の変更に限る。本人の氏名変更のほか、他の都道府県市が交付した手帳、埼玉県の手帳番号第 200000 号未満の手帳を再交付する場合には埼玉県の新たな手帳番号の採番を要するため、この取り扱いはできない。）

住所や保護者に変更点があるにもかかわらず、申請者がその場での再交付を強く希望するなど、やむを得ず市町村で再交付する場合には、次のとおり取り扱う。

ア (A) 変更の届出と(B) 紛失等の再交付の申請の2種類の届出及び申請を受け
る。(各1枚)

イ 変更後の内容で手帳を再交付する。

ウ 権限移譲の報告(1か月分まとめて翌月10日まで)の際に、次の順に綴じて
送付する。(書類の編綴の方法→P. 29)

①(B)の申請書

②(A)の申請書 ※(B)と分離して進達しない。

③再交付した手帳の写し

（5）手帳台紙の管理

ア 手帳台紙は、「身体障害者手帳出納簿」（→P. 54）を作成して厳重に保管する。

イ 手帳台紙が不足した場合には、出納簿の写しを添付して、文書（→P. 53）で請求する。

ウ カバーのみが不足する場合は、県リハビリセンターに電話で必要部数を連絡する。
（文書不要）

3-7 県外転出

項目 番号	届出事由	県リハビリセンター での再交付	市町村での 補正、再交付
<20>	本人県外へ転出	×	×

3-7-1 必要書類と注意事項

申請書記載上の注意・記入例→P. 50

(1) 届出に必要な書類

- 1 申請書
- 2 手帳

確認後、届出者に返却する。

補正の処理は不要（補正の処理は転出先の市町村が行う。）

(2) 受付に当たっての注意事項

ア 住所は変更後の住所を記入する。（予定で差し支えない。）

イ 「手帳交付番号等」欄は必ず記入する。なお、「交付年月日」欄には初回交付日を記入する。

ウ 県外転出の届出は、職権で行うことができる。

職権で届出を行う場合は、左上部の欄は「市福祉事務所長（または町村長）」とし、届書作成日の收受印を押印する。

※ さいたま市、川越市、越谷市及び川口市に転出する場合を含む。

※ 住民登録上は県外転出でも、引き続き援護を行う場合には、居住地変更として扱う。（この場合は職権での届出は不可）

3-8 返還

3-8-1 返還の事由

項目 番号	届出事由	職権による 届出
<21>	死亡	可
<22>	非該当 * 再認定の申請が法別表非該当として却下された場合	不可
<23>	その他（再認定） * 要再認定の手帳を再認定の申請をせずに自主的に返還する場合	不可
<23>	その他（その他） * 障害の軽快等により自主的に返還する場合	不可

※ <23>その他（その他）の事例

ペースメーカーの取り外し、人工透析の離脱、人工肛門の閉鎖など

※ 再交付により旧手帳を回収する場合は、返還とは扱わない。（申請書は不要）

3-8-2 必要書類と注意事項

申請書記載上の注意・記入例→P. 51～52

(1) 届出に必要な書類

1 申請書

2 手帳

死亡以外による返還（<22>及び<23>）の場合は、申請書に手帳を添付した状態で進達する。（手帳の不正使用防止のため。）

死亡による返還された手帳と再交付により回収した手帳は、ある程度とりまとめて県リハビリセンターに送付する。（申請書の進達とは別途でよい。）

3 個人番号を確認する書類（→P. 7 3-1（4）個人番号の記載）

(2) 受付に当たっての注意事項

ア 「手帳交付番号等」欄は必ず記入する。なお、「交付年月日」欄には初回交付日を記入する。

イ 死亡による返還の場合に限り、職権で届出を行うことができる。

職権で届出を行う場合は、左上部の欄は「市福祉事務所長（または町村長）」とし、届書作成日の收受印を押印する。

ウ 手帳のカバー内に私物等がはいっていないかどうか確認する。

また、手帳を返還せず手元に残したい等の要望があった場合には、穴を空けたり、無効の表示をするなどした上で引き渡す。

4 進達・報告

4-1 進達・報告の様式及び時期

	進達・報告の 様式	申請の 種類	発送時期
<10> 新規	様式第1号	①	受理後速やかに (3日以内)
<11> 再認定・程度変更	様式第1号	②	受理後速やかに (3日以内)
<14><15><16><17><18><19> 県リハビリセンターでの再交付	様式第1号	②	受理後速やかに (3日以内)
<06><07><08><09> 市町村での補正	様式第1号	③	順次
<12><13><14> 市町村による再交付	様式第2号	⑫⑬⑭ のいずれか	1か月分まとめて 翌月10日まで
<20> 県外転出	様式第1号	③	順次
<21><22><23> 返還	様式第1号	④	順次

※ 様式第1号→P. 55 様式第2号→P. 56

4-2 進達・報告の注意事項

(1) 速やかな進達

市町村での再交付(権限移譲再交付)を除き、申請書を受理次第、順次速やかに進達する。特に認定を伴う申請については、市町村の受理日から3日以内に発送するよう努める。

(2) 個人情報の取扱い

申請書は、「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(番号法)」に基づく個人番号を記載させるため、特定個人情報が記録された文書の扱いとなる。このため、文書は、直接の受け渡しまたは書留等の手段によらなければならない。

申請書以外の文書の発送についても、文書紛失の防止や個人情報保護を考慮して、書留または特定記録郵便扱いとすることが適切である。

(3) 控えの保管

送付する書類一式は市町村でも控え（コピー）を保管する。

※特定個人情報記録された文書となるため、取り扱いには注意を要する。

(4) 交付済み手帳コピーの添付

市町村で補正や再交付を行った場合の申請書には、実際に交付した手帳のコピーを必ず添付する。

(5) 返還手帳の添付

死亡以外の返還の場合は返還された手帳を申請書に添付する。

（不正使用防止のため。死亡の場合は申請書のみで可、手帳のみ別途まとめて返還。）

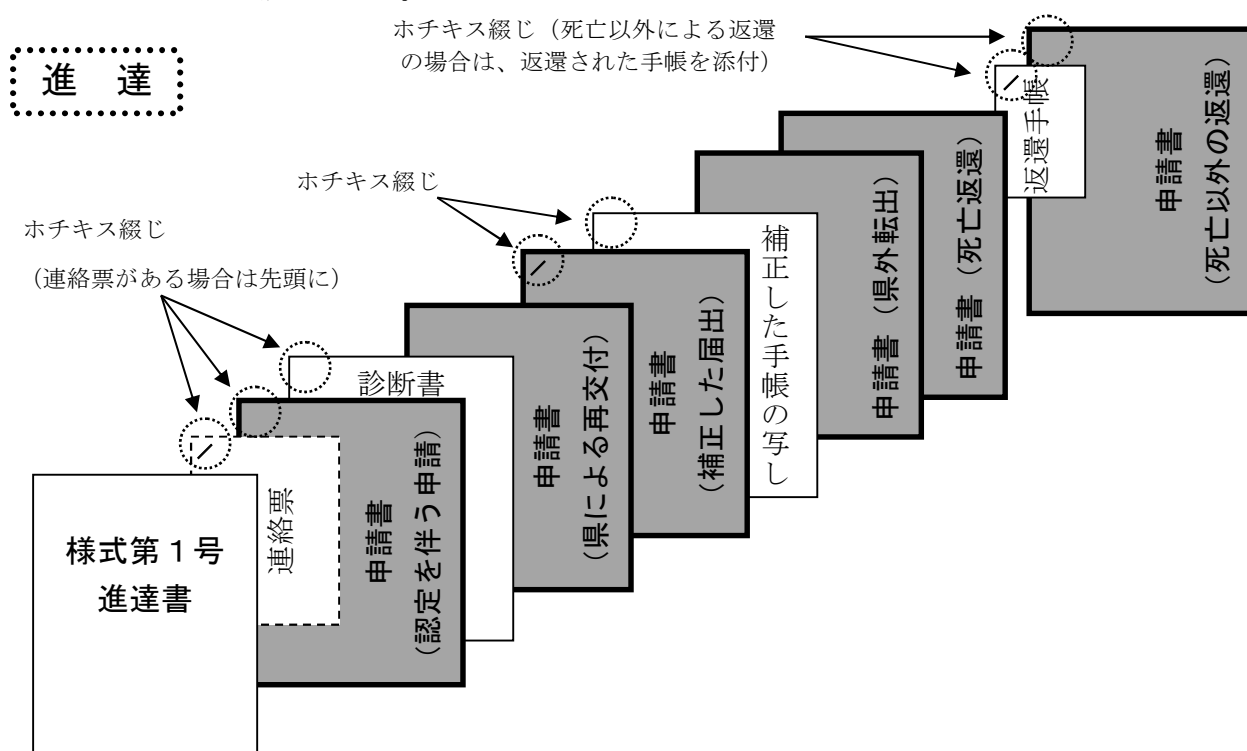
(6) 連絡票による必要情報の補足

次のような場合には、必要に応じて連絡票（→P. 57）または付箋等を添付する。

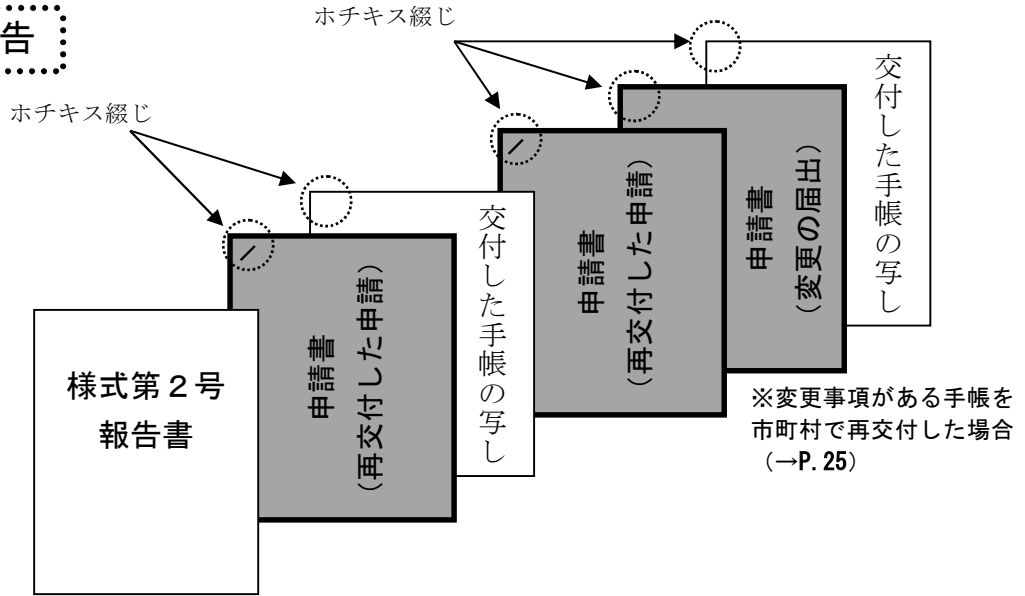
- ・ 氏名等の表記に注意が必要な場合（→P. 7）
- ・ 診断書の補足がある場合（→P. 11～12）
- ・ 居住地と援護の市町村が異なる場合（→P. 17）
- ・ 更生医療同時申請の場合
- ・ 至急の交付を希望する場合
- ・ その他必要がある場合

(7) 進達・報告時の書類の編綴方法

- ・ 申請ごとに申請書（A4ヨコ判）の右上を添付書類とともに綴じる。
- ・ 進達書（報告書）の記載順に申請書（及び添付書類）を揃え、進達書（報告書）はホチキス綴じしない。



報告



5 照会・回答、申請取下げ等

5-1 照会・回答

診断書に不備や疑問点等がある場合には、認定することが困難であるため、15条指定医（医療機関）に確認を行う必要が生じる。

軽微なものについては、県リハビリセンターが15条指定医に直接電話で照会するが、診断書の補正、加筆が必要な場合は、診断書を添付した上で、文書による照会を行う。

文書による照会は、再診断を要したり、等級意見が変更されたりするなどの可能性があり、申請者に十分周知する必要があることから、すべて市町村を経由して行う。

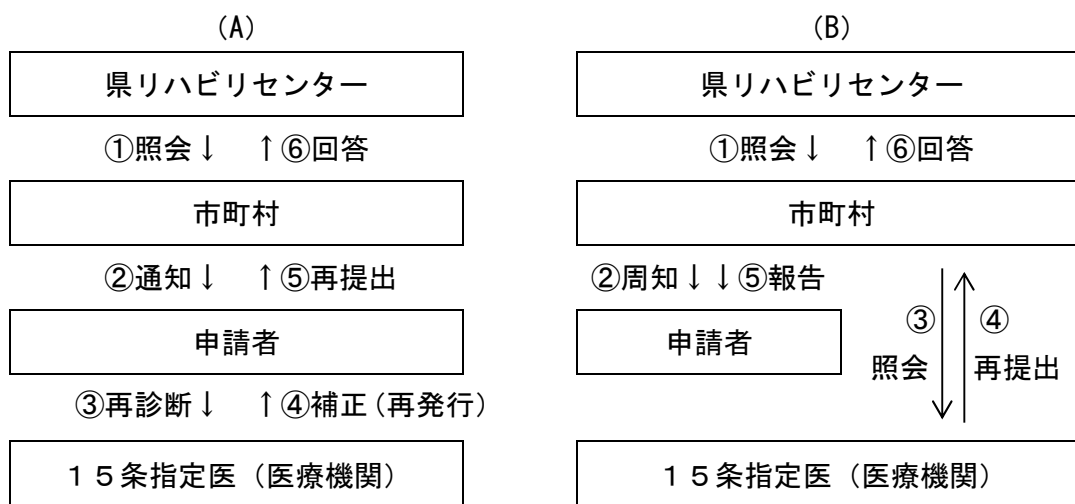
(1) 照会

照会は原則として (A) 申請者を通じて15条指定医（医療機関）に行う。

しかし、再診断が不要と想定される場合や等級に影響がない場合については、申請者の負担軽減や時間短縮のために (B) 申請者に周知した上で15条指定医（医療機関）に直接行う。

なお、発送に当たっては、文書の紛失防止や個人情報の保護を考慮して、書留または特定記録郵便扱いとする。併せて、再提出の際の返信についてもできるだけ配慮することが望ましい。

また、特段の申出がなく回答期限から3か月以上未回答となった場合、申請書を一旦返戻することとなり、改めて申請する必要がある旨を申請者に説明する。



(2) 回答

回答期限は、特別な場合を除き、照会日からおおむね1か月後としている。

申請者または15条指定医から、診断書の再提出があった場合には、速やかに県リハビリセンターに回答する。

（回答の文書の送付は、様式第1号（→P.55）の進達書には含めず、単独の文書とする。）

回答期限を過ぎても再提出がない場合には、申請者または15条指定医に督促を行い、その状況を県リハビリセンターに報告する。

特段の申出がなく回答期限から3か月以上未回答となった場合は、申請書を一旦返戻する。 この場合、補正された診断書により改めて申請をお願いすることとなる。

また、身体障害者手帳交付対象外の参考意見（「該当しない」「7級」）の場合、申請継続の意向を確認し、必要に応じて申請取下げの手続きについて説明する。

申請を継続する場合は、埼玉県社会福祉審議会への諮問対象となり、結果の通知まで時間を要することとなる旨を説明する。

5-2 申請取下げ

(1) 取下げ書の提出

市町村が申請書を県リハビリセンターに進達した後、手帳を申請者に交付する前に次のような事情で手帳の交付が必要なくなった場合は、申請の取下げを求め、**申請者またはその関係者から「身体障害者手帳交付申請取下げ書」**（様式は任意）の提出も求める。

- ・申請者が死亡した場合
- ・非該当となる見込みである旨の連絡を受け、申請の意向を撤回する場合

身体障害者手帳交付申請取下げ書は法令に定められた様式はないので、様式例（→P.58）を参考に任意の様式とする。

身体障害者手帳交付申請取下げ書の提出があった場合には、その旨を県リハビリセンターに連絡した上で、速やかに送付する。県リハビリセンターは、取下げ書の受理後、申請書類一式を市町村に返戻する。

また、**障害名・程度の変更の申請中に死亡した場合は、身体障害者手帳交付申請取下げ書の提出**のほか、**既に所持している手帳の返還の手続きも必要**となる。（→P.26 3-8 返還）

(2) 死亡の場合の特例

申請者が死亡した場合については、原則として家族等からの取下げ書の提出を受けて申請取下げの処理を行うが、取下げ書提出の協力を得られない場合には、市町村の職権による「**身体障害者手帳交付申請者の状況報告について**」（様式は任意）の提出により代えることも可能である。（様式例→P.59）

6 手帳の交付

県リハビリセンターでは、申請書を受理した後、休日を含めおおむね30日以内に手帳その他関係書類を作成し発送する。(障害程度審査委員会での審査や15条指定医への照会を要するものは除く。)

手帳の送付は、郵便局のレターパックプラスを利用し、原則、毎週金曜日に発送する。

6-1 送付する文書等

申請・届出の種類等	送付する文書等
認定を伴う申請	<input type="checkbox"/> 1 市町村あての通知文書（同日分の送付につき1通） <input type="checkbox"/> 2 申請者あての「身体障害者手帳交付通知書」（本人が15歳未満の場合は保護者あて） <input type="checkbox"/> 3 手帳 <input type="checkbox"/> 4 カバー <input type="checkbox"/> 5 「身体障害者手帳交付・再交付者リスト」
県リハビリセンターでの再交付	<input type="checkbox"/> 1 市町村あての通知文書（同日分の送付につき1通） <input type="checkbox"/> 2 手帳 <input type="checkbox"/> 3 カバー <input type="checkbox"/> 4 「身体障害者手帳交付・再交付者リスト」(※)
市町村での補正	<input type="checkbox"/> 1 市町村あての通知文書（同日分の送付につき1通） <input type="checkbox"/> 2 「身体障害者手帳交付者居住地・氏名等変更リスト」(※) ※ リストに表示される変更年月日は、「<06>県外からの県内転入（手帳交付なし）」は県リハビリセンター受理日、「<16>県外からの県内転入（手帳交付あり）」は市町村受理日となり、それ以外は申請書に記載された変更年月日となる。
市町村での再交付	<input type="checkbox"/> 1 市町村あての通知文書（同日分の送付につき1通）
県外転出	(市町村への送付書類なし)
返還	(市町村への送付書類なし)

※ 肢体不自由で上肢・下肢・体幹の内訳が不明な手帳（認定時期が古いもの、他県での認定によるもの）に係るリストについては、便宜上内訳は上肢のみとの表記になっている。（「上肢のみの障害で下肢の障害は認定されていない」ということではないので注意）
 障害福祉サービス等を利用するに当たり、具体的な支障を生じると判断される場合は、県リハビリセンターと協議する。

(→ P67 身体障害者手帳の障害区分等級の表記について)

6-2 手帳交付番号

埼玉県交付で第 200000 号未満の古い交付番号の手帳は、再交付時に新たな番号を付すこととしている。

また、他の都道府県市交付の手帳を埼玉県で再交付する場合も、埼玉県の新たな番号を付すこととなる。

区分及び元の番号		手帳交付番号
新規		
再交付	埼玉県交付で第 200000 号未満の交付番号の場合	新たな番号を順次採番
	他の都道府県市交付の手帳を埼玉県で再交付する場合	
	上記以外	元の交付番号のまま

6-3 交付前の処理

手帳その他関係書類が届いたら、申請者への交付前に次の処理を行う。

- ① 記載内容を確認する。誤り等があった場合には、県リハビリセンターに連絡し、対応を協議する。
- ② 第 1 種の手帳には「要介護」のスタンプ（県内バス会社用）を第 1 面に押印する。（再交付の手帳作成例を参照→P. 48）
- ③ 申請時に預かった写真を貼付し、契印を押印する。
- ④ 必要に応じてコピーをとる。

また、各種リストやコピーした手帳は更生指導台帳等とともに保管し、再交付の手続きの際に誤りがないよう活用する。

6-4 交付時の留意事項

交付前の処理が完了したら、申請者へ速やかに手帳を交付する。

交付に際しては、次の事項について説明を行う。

- ① 障害が認定基準に該当しなくなった場合は、手帳を返還する義務が生じること
- ② 再認定が付されている場合は、指定された時期に再度申請が必要となること（→P. 35 7-1 再認定の通知、指導、督促及び報告）
- ③ 居住地を移した場合や氏名を変更した場合は、30 日以内に届出をしなければならないこと

6-5 審議会への諮問・申請却下

審査の結果、認定が困難なものについては、埼玉県社会福祉審議会に諮問し、答申により認定の可否（認定または申請の却下）を決定することとなる。

(1) 審議会諮問予定となったとき

県リハビリセンターによる審査の結果、認定が困難と判断された場合は、埼玉県社会福祉審議会へ諮問予定であることを通知する。結果の通知まで時間を要することとなるため、その旨を申請者に連絡する。

(2) 却下処分が決定したとき

却下通知書により速やかに申請者に通知する。

申請・届出の種類	送付する文書等
申請却下	<input type="checkbox"/> 1 市町村あての通知文書（同日分の送付につき1通） <input type="checkbox"/> 2 申請者あての「身体障害者手帳申請却下通知書」（本人が15歳未満の場合は保護者あて）

※ 再認定の申請で却下となった場合は、**手帳の返還**（→P.26 3-8 返還）または**障害名の削除**（→P.16 3-3-2 (3) 障害名の削除）が必要となるため、申請者に手続きを促す。

6-6 審査請求等

交付された手帳の等級や非該当等の却下に不服がある場合、行政不服審査法に基づく審査請求ができる。

審査請求は、「身体障害者手帳交付通知書」または「身体障害者手帳申請却下通知書」の教示にしたがって、埼玉県福祉部障害者福祉推進課で対応する。

なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をすることが必要である。（処分の日の翌日から起算して1年を経過した場合は審査請求をすることができない。）

また、交付された手帳の等級や非該当等の却下処分の取消しを裁判に訴えることができる。「身体障害者手帳交付通知書」または「身体障害者手帳申請却下通知書」の教示にしたがって、裁判所に問い合わせるよう案内する。

なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提訴することが必要である。

7 その他の手帳事務

7-1 再認定の通知、指導、督促及び報告

成長期の障害や、機能回復訓練、手術等により障害程度の軽度化が予想される場合などについては、再認定を付して手帳を交付することとしている。

交付された手帳の「要再認定」欄に障害区分と年月が表示されている場合には、その時期に再認定の申請を行うことが必要である。

再認定対象者への通知は、再認定時期の1か月前までに市町村宛送付する。

市町村は、県リハビリセンターから送付される再認定時期到来の通知を対象者に送付するほか、一定期間再認定が未申請となっている対象者の受診指導を行い、指導状況について報告することとなっている。

① 再認定時期の概ね1か月前

再認定の通知書を市町村に送付するので、速やかに対象者に通知する。

申請があった場合には、再認定の申請として受理する。(→P. 13)

② 再認定時期の3か月程度経過後

再認定の申請を受理していない対象者のリストを市町村に送付するので、電話、文書、訪問等により診査を受けるよう指導した上で、所定の様式(→P. 60)により報告する。

③ 再認定時期の6か月程度経過後

再認定の申請を受理していない対象者のリストを市町村に送付するので、所定の様式(→P. 61)により指導状況を報告する。

県リハビリセンターで報告を受けた後、必要な場合には督促の文書を市町村に送付するので、速やかに対象者に送付する。

④ 督促に応じない場合

督促文書発送後も未申請となっている対象者については、概ね6か月毎に県リハビリセンターから受診指導と状況報告の依頼を行う。受診及び申請を再度促す。

また、再認定を受けない場合は自主的な手帳の返還を促す。

なお、更に受診を拒む対象者については、聴聞を実施した上で手帳の返還命令を行うこととなる。

7-2 手帳所持者データの適切な管理

手帳所持者の住民登録状況については、日頃から住民基本台帳法の担当課との連携を図るなど、適切に管理することとする。

住民登録の変更（死亡を含む）があったことが確認された場合には、必要な申請・届出を行うよう案内する。

また、死亡及び県外転出については、職権による届出も可能である。

- ・死亡（→P. 26）

- ・県外転出（さいたま市、川越市、越谷市及び川口市への転出を含む）（→P. 25）

なお、年に1回程度、県リハビリセンターが死亡及び県外転出のデータ確認を依頼する場合がある。

また、県リハビリセンターで管理している交付台帳を電子ファイルで提供することもできるので、必要な場合は文書（→P. 62）で依頼する。

県リハビリセンターで管理している交付台帳と、市町村が保管している更生指導台帳の障害程度等級（障害区分ごとの等級を含む）に差異があり、サービス支給上の支障を来す場合は、調査・確認の上、県リハビリセンターのデータを修正・整理する。該当する事例があれば、更生指導台帳の写し、手帳交付時の診断書等の写しを添付して文書（→P. 67～68）で依頼する。

8 申請書等記載上の注意・記入例

8-1 申請書の受付に関する基本事項 (P. 7)

身体障害者手帳交付等申請(届)書

(宛先)

埼玉県知事

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____

下記のとおり申請(届出)します。

申請・届出事由 (該当する項目の番号を○で囲んでください。)

10 新規申請	11 障害名・程度の変更(再認定・再認定以外)	12 出生・18歳未満の児童()	13 保護者居住地変更 6 本人(県外から)県内()変更	14 返還	15 死亡	22 非該当	23 その他(再認定・その他)
申請者の個人番号を記入							
項目番号 6~9 で手帳作成							
0 不要 1 必要							

県での手帳作成を要するかどうかで選択

本人氏名・住所等

(A) 個人番号	(B) 氏名	(C) フリガナ	(D) 性別	(E) 生年月日	(F) 都道府県	(G) 市	(H) 町	(I) 郡	(J) 村
本籍地及び住所コードを記入									

保護者氏名等 (本人が15歳未満の児童の場合のみ記入してください。)

(K) 続柄	(L) 住所	(M) コード	(N) 市	(O) 町	(P) 郡	(Q) 村
1 父 2 母 3 兄弟姉妹 4 祖父母	1 同居 2 別居 (別居の場合のみ記入)					
5 親族 6 児童福祉施設長 7 里親						
8 その他()						

15歳未満の場合のみ保護者を記入

手帳交付番号等 (新規申請以外は記入してください。)

手帳交付番号	都道府県・市(支庁)第 号	交付年月日	昭和・平成 年 月 日
等級	種別	新規申請以外の場合は申請・届出時点の手帳情報を記入(交付年月日は初回交付日を記入)	

旧住所・旧氏名等 (居住地変更、氏名変更、返還の場合は記入してください。)

旧住所	変更(返還)年月日	平成 年 月 日
旧氏名	援護する市町村の福祉事務所コードを記入	

援護する市町村の福祉事務所コードを記入

身体

処理区分

右半分は記入不要

視右

管轄福祉

8-2 診断書受理の際の確認事項 (P. 11)

様式第1号 (〇〇) (第2条関係)

〔ポイント5〕鉛筆書きでないか

身体障害者診断書・意見書 (〇〇機能障害用)

総括表

氏名	彩野 国男	昭和30年10月××日生	<input checked="" type="radio"/> 男・女
住所	上尾市西貝塚1-481-×		
① 障害名 (部位を明記)	〇〇機能障害		
② 原因となった 疾病・外傷名	脳梗塞	交通、労災 疾病、先天性、その他 ()	〔ポイント6〕氏名、生 年月日、住所が住民基本 台帳と一致しているか
③ 疾病・外傷発生年月日	令和×年2月10日	場所	自宅
④ 参考となる経過・現症 (エックス線写真及び検査所見を含む。)	令和×年2月10日、自宅にて発症し、〇〇病院へ送付、同日緊急手術。保存的に加療されるも、〇〇の症状が残り、長期臥床続く。 令和×年5月30日、リハビリテーション目的で〇〇病院へ転院するも〇〇機能障害の回復には至らなかった。		
	〔ポイント7〕 診断日の6か月以上前か		
	障害固定又は障害確定 (推定)	×年9月30日	
⑤ 総合所見	〇〇機能の全廃により〇〇が不能 〇〇機能の著しい障害で〇〇の〇〇が困難		
	〔ポイント8〕 認定済の障害が記載されているか	軽度化による将来再認定 <input checked="" type="radio"/> 要・不要 (再認定の時期 2年 月後)	
⑥ その他参考となる合併症	平成2×年 〇〇症により〇〇関節人工関節置換		
	上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す	〔ポイント1〕 15条指定医か	〔ポイント2〕 診断医の押印 は無くても可
	令和×年10月15日		
	病院又は診療所名称	コバト病院	
〔ポイント4〕 3か月以前の診断ではないか	さいたま市浦和区高砂3151-×		
	神経外科	医師氏名	小嶋 敦
身体障害者福祉法第15条第3項の意見 [障害程度等級についても参考意見を記入]			
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に			
	・該当する (2 級相当)	〔ポイント3〕 等級意見が記載されてい るか	
	・該当しない		
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳失聴、両上肢不随、両下肢不随、両側性脳性麻痺等障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁狭窄等原因となった疾患名を記入してください。			
2 障害区分や等級決定のため、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。			

身体障害者手帳交付等申請(届)書

(宛先)
埼玉県知事

令和 X年 X月 X日

住所 _____

氏名 _____

下記のとおり申請(届出)します。

申請・届出事由 (該当する項目の番号を○で囲んでください。)

10 新規申請
再交付申請 11 障害名・程度の変更(再認定・再認定以外)
12 紛失 13 破損 14 その他()
居住地変更 7 本人(県内での)居住地変更 8 保護者居住地変更 6 本人(県外から)県内転入 20 本人県外へ転出
氏名変更 15 本人氏名変更 9 保護者(氏名)変更
返 還 21 死亡 22 非該当 23 その他(再認定・その他)

項目番号 6~9 で手帳作

本人氏名・住所等

個人番号 (A)	(姓)	(名)	(D) 性別 1 男 2 女
フリガナ (C)	氏名 (B)	生年月日 (E)	年 月 日
住所	郡名は省略可(手帳には表示される)	町 (H)	村
本籍地 (F)	都道府県	市	郡 村

上の申請者欄と記入内容が異なる場合、枠内の表記で手帳を印字

個人番号を記入

マンション名等は省略しても可

保護者氏名等 (本人が15歳未満の児童の場合のみ記入してください。)

(I) 続柄 1 父 2 母 3 兄弟姉妹 4 祖父母 5 親族 6 児童福祉施設長 7 里親 8 その他()	(K) (姓) フリガナ (J)	(名)
(L) 住所 1 同居 2 別居 (別居の場合のみ記入)	市	郡 村
(M) コード		

15歳以上の場合は保護者の記入は不要(記入しても手帳には表示されない)

手帳交付番号等 (新規申請以外は記入してください。)

手帳交付番号	都道府県・市() 支庁) 第 号	交付年月日	昭和・平成 年 月 日
等級	級	障害名	
種別	種		(再認定)

旧住所・旧氏名等 (居住地変更、氏名変更、返還の場合は記入してください。)

旧住所	
旧氏名	変更(返還)年月日 平成 年 月 日

援護予定の市町村のコードを記入

援護予定の市町村で受理

(県受付)	(市町村受)
	X.X.XX 收受

処理区分	
------	--

本人個人番号	(A)
--------	-----

年号	
----	--

--	--

--	--

視	
右	

管轄福祉	
------	--

援護している市町村で受理

身体障害者手帳交付等申請(届)書

(県受付)

(市町村受付)

身体

(宛先)

埼玉県知事

令和 年 月 日

住所

氏名

下記のとおり申請(届出)します。

住所等に変更がある場合には同時の届出も可

X.X.XX
收受

処理区分

申請・届出事由 (該当する項目の番号を○で囲んで)

10 新規申請	再交付申請	11 障害名・程度の変更(再認定・再認定以外)	12 紛失	13 破損	14 その他()
居住地変更	7 本人(県内での)居住地変更	8 保護者居住地変更	6 本人(県外から)県内転入	20 本人県外へ転出	
氏名変更	15 本人氏名変更	9 保護者(氏名)変更			
返還	21 死亡	22 非該当	23 その他(再認定・その他)		

項目番号 6~9 で手帳作成

0 不要 1 必要

本人
個人
番号

(A)

年号

本人氏名・住所等

個人番号 (A)	(B) 氏名	(C) フリガナ	(D) 性別 1 男 2 女
(E) 生年月日	住所 市 町 (H) 郡 村	(F) コード	(G) コード

個人番号を記入

15歳未満の場合は保護者の記入が必要

保護者氏名等 (本人が15歳未満の児童の場合のみ記入してください。)

(I) 続柄 1 父 2 母 3 兄弟姉妹 4 祖父母 5 親族 6 児童福祉施設長 7 里親 8 その他()	(K) フリガナ (L) 氏名	(M) コード
(N) 住所 1 同居 2 別居 (別居の場合のみ記入) 市 町 郡 村	(O) (丁目、番地)	

別居の場合のみ住所とコードを記入

○初回交付日
×再交付日

手帳交付番号等 (新規申請以外は記入してください。)

手帳交付番号	都道府県・市(支庁)第 号	交付年月日	昭和・平成 年 月 日
等級	級	障害名	
種別	種	申請時点での手帳の状況を記入	

申請時点での手帳の状況を記入

援護する市町村のコードを記入

旧住所・旧氏名等 (居住地変更、氏名変更、返還の場合)

旧住所	旧氏名	変更(返還)年月日	平成 年 月 日
-----	-----	-----------	----------

○転居した日
×この申請をした日

変更事項がある場合には変更前の情報を記入

福祉

8-5 <14>障害名の削除 (P. 19)

身体障害者手帳交付等申請(届)書

(宛先)
埼玉県知事 令和 年 月 日
住所 _____

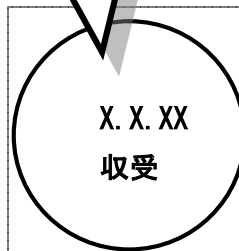
氏名 _____
下記のとおり申請(届出)します。

援護している市町村で受理

(県受付)

(市町村受付)

身体



手帳から削除する
障害区分を記入

申請・届出事由 (該当する項目の番号を○で囲んでください。)

10 新規申請	再交付申請	11 障害名・程度の変更(再認定・再認定以外)	12 紛失	13 破壊	14 その他(呼吸器機能障害の削除)		
居住地変更	7 本人(県内での)	居住地変更	8 保護者居住地変更	9 本人(県外から)	県内転入	20 本人県外へ転出	
氏名変更	15 本人氏名変更	9 保護者(氏名)変更	返	還	21 死亡	22 非該当	23 その他(再認定・その他)
項目番号 6~9 で手帳作成						0 不要	1 必要

処理
区分

本人
個人
番号

(A)

年号

本人氏名・住所等

個人番号 (A) _____

(C) (姓) _____ (名) _____

フリガナ _____

(B) 氏名 _____

(D) 性別 1 男 2 女

(E) 生年月日 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 年 月 日

住所 市 町 (H) (丁目、番地) 郡 村

本籍地 (F) コード _____ (G) コード _____ 0 1 1

保護者氏名等 (本人が15歳未満の児童の場合のみ記入してください。)

(I) 続柄 1 父 2 母 3 兄弟姉妹 4 祖父母

5 親族 6 児童福祉施設長 7 里親

8 その他 ()

(K) (姓) _____ (名) _____

フリガナ _____

(J) 氏名 _____

(L) 住所 1 同居 2 別居 市 町 (N) (丁目、番地) 郡 村

(M) コード _____

○初回交付日
×再交付日

手帳交付番号等 (新規申請以外は記入してください。)

手帳交付番号 都道府県・市(支庁)第 号 交付年月日 昭和・平成 年 月 日

等級 級 _____

種別 種 _____

障害名 _____

(再認定 平成 年 月)

申請時点での手帳
の状況を記入

旧住所・旧氏名等 (居住歴等は記入してください。)

旧住所 _____

旧氏名 _____

変更(返還)年月日 平成 年 月 日

援護する市町村の
コードを記入

視
右

管轄福祉

8-6 <15>本人氏名変更 (P. 19)

身体障害者手帳交付等申請(届)書

(宛先)

埼玉県知事

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____

下記のとおり申請(届出)します。

申請・届出事由 (該当する項目の番号を○で囲んでください。)

10 新規申請	11 障害名・程度の変更(再認定・再認定以外)		
12 紛失	13 破損	14 その他()	
居住地変更	7 本人(県内での)居住地変更	8 保護者居住地変更	6 本人(県外から)県
氏名変更	15 本人氏名変更	9 保護者(氏名)変更	
返 還	21 死亡	22 非該当	23 その他(再認定・その他)

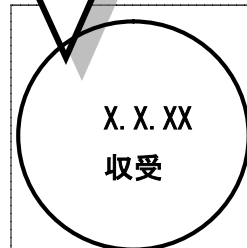
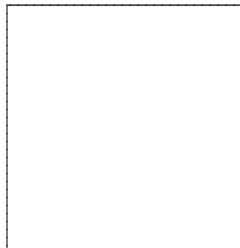
項目番号 6~9 で手帳作成 0 不要 1 必要

援護している市町村で受理

(県受付)

市町村受付)

身体



不要とはしない
(本人の氏名変更は必ず県で再交付する)

処理区分	
------	--

本人個人番号	
--------	--

年号	
----	--

本人氏名・住所等

個人番号(A)	
(C) フリガナ	(D) 性別 1 男 2 女
(B) 氏名	(E) 生年月日 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 年 月 日
住所	(H) (丁目、番地)
本籍地	(F) コード (G) コード 0 1 1

保護者氏名等 (本人が15歳未満の児童の場合のみ記入してください。)

(I) 続柄 1 父 2 母 3 兄弟姉妹 4 祖父母	(K) (姓) フリガナ	(名)
5 親族 6 児童福祉施設長 7 里親	(J) 氏名	
8 その他()		

(L) 住所 1 同居 2 別居	(N) (丁目、番地)
申請時点での手帳の状況を記入	○初回交付日 ×再交付日

手帳交付番号等 (新規以外は記入してください。)

手帳交付番号	都道府	支庁)第	号	交付年月日	昭和・平成	年	月	日
等級	級	障害						
種別	種							

旧住所・旧氏名等 (居住地変更、氏名変更、返還の場合は)

旧住所	変更前の情報を記入
旧氏名	○氏名が変わった日 ×この申請をした日
	援護する市町村のコードを記入
	変更(返還)年月日 平成 年 月 日

視	
右	

管轄福祉	
------	--

8-7 <12>紛失+<17>本人居住地変更 (P. 19)

援護する市町村が変更となる場合には
変更後の市町村で受理

身体障害者手帳交付等申請(届)書

(宛先)
埼玉県知事 令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____

下記のとおり申請(届出)します。

申請・届出事由 (該当する項目の番号を○で囲んでください。)

10 新規申請	再交付申請	11 障害名・程度の変更(再認定・再認定以外)	12 紛失	13 破損	14 その他()
居住地変更	7 本人(県内での)居住地変更	8 保護者居住地変更	6 本人(県外から)県内転入	20 本人県外へ	
氏名変更	15 本人氏名変更	9 保護者(氏名)変更			
返 還	21 死亡	22 非該当	23 その他(再認定・その他)		

項目番号 6~9 で手帳作成 0 不要 ① 必要

紛失再交付だが、住所変更を伴うので市町村での再交付は不可

本人氏名・住所等
個人番号 (A)

(C) フリガナ (D) 性別 1 男 2 女

(B) 氏名

住所 市 町 (H) (丁目、番地) 郡 村

本籍地 (F) コード (G) コード 0 1 1

個人番号を記入

誤記のおそれがある場合には連絡票等で補足

保護者氏名等 (本人が15歳未満の児童の場合のみ記入してください。)

(I) 続柄 1 父 2 母 3 兄弟姉妹 4 祖父母
5 親族 6 児童福祉施設長 7 里親
8 その他()

(K) フリガナ (姓) (名)
(J) 氏名

(L) 住所 1 同居 2 別居 (別居の場合のみ記入) 市 町 (N) (丁目、番地) 郡 村

(M) コード

申請時点での手帳の状況を記入

○初回交付日
×再交付日

手帳交付番号等 (別紙申請書に記入してください。)

手帳交付番号 都道府県・市 支庁 第 号 交付年月日 昭和・平成 年 月 日

等級 級 障害名

種別 種

○転居した日
×この申請をした日

援護する市町村のコードを記入

旧住所・旧氏名等 (居住地変更、氏名変更、返還の場合は)

旧住所

旧氏名 変更(返還)年月日 平成 年 月 日

変更前の情報を記入

身体

処理区分

本人
個人番号 (A)

年号

視
右

管轄福祉

8-8 <06><16>本人(県外から)県内転入 (P. 19, 21)

身体障害者手帳交付等申請(届)書

(宛先)
埼玉県知事 令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____

下記のとおり申請(届出)します

申請・届出事由(該当する項目の番号)

10 新規申請	11 障害名・程度の変更(再認定・再認定以外)
12 紛失 13 破損 14 その他	
居住地変更 7 本人(県内での)居住地変更 8 保護者居住地変更	6 本人(県外から)県内転入 20 本人県外へ転出
氏名変更 15 本人氏名変更 9 保護者(氏名)変更	
返 還 21 死亡 22 非該当 23 その他(再認定・その他)	

項目番号 6~9 で手帳作成 0 不要 1 必要

本人氏名・住所等

個人番号 (A)	(B) 氏名	(C) フリガナ	(D) 性別	(E) 生年月日
	市	町	(H)	
	郡	村		
本籍地	(F) コード	(G) コード	0 1 1	

保護者氏名等(本人が15歳未満の児童の場合のみ記入してください。)

(I) 続柄 1 父 2 母 3 兄弟姉妹 4 祖父母	(K) フリガナ	(L) 市 町
5 親族 6 児童福祉施設長 7 里親	(J) 氏名	(N) (丁目、番地)
8 その他()		

(L) 住所 1 同居 2 別居	(M) コード
市 町	
郡 村	

手帳交付番号等(新規申請は記入してください。)

手帳交付番号	都道府県・市	支庁	第 号	交付年月日	昭和・平成 年 月 日
等級	級	障害名			
種別	種				

旧住所・旧氏名等(居住地変更、氏名変更、返還の場合)

旧住所	旧氏名	変更(返還)年月日	平成 年 月 日
-----	-----	-----------	----------

援護している市町村で受理

(県受付)

(市町村受付)

身体

X.X.XX
收受

さいたま市、川越市、越谷市、川口市からの転入も県外からの転入として扱う

個人番号を記入

市町村での補正で対応する場合は「不要」
(他都道府県市が交付した手帳でも補正は可能)

届出時点での手帳の状況を記入

○初回交付日
×再交付日

○転居した日
×この届出をした日

新たに援護する市町村のコードを記入

変更前の情報を記入

管轄福祉

援護する市町村が変更となる場合には
変更後の市町村で受理

身体障害者手帳交付等申請(届)書

(宛先)
埼玉県知事 令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____

下記のとおり申請(届出)します。

申請・届出事由(該当する項目の番号を○で囲んでください。)

10 新規申請	再交付申請	11 障害名・程度の変更(再認定・再認定以外)
		12 紛失 13 破損 14 その他()
	居住地変更	7 本人(県内での)居住地変更 8 保護者居住地変更 6 本人(県外から)県内転入 20 本人県外へ転出
	氏名変更	15 本人氏名変更 9 保護者(氏名)変更
	返還	21 死亡 22 非該当 23 その他(再認定・その他)
項目番号 6~9 で手帳作成 0 不要 1 必要		

X. 10. XX
收受

市町村での補正で対応
する場合は「不要」

本人氏名・住所等

個人番号 (A)	(B) 氏名	(C) フリガナ	(D) 性別 1 男 2 女
	住所	市 町 (H)	(E) 生年月日
	郡 村	本籍地	(F) コード (G) コード 0 1 1

個人番号を記入

15歳未満の場合は保護者の
記入が必要

保護者氏名等(本人が15歳未満の児童の場合のみ記入してください。)

(I) 続柄 1 父 2 母 3 兄弟姉妹 4 祖父母 5 親族 6 児童福祉施設長 7 里親 8 その他()	(K) フリガナ (J) 氏名	(L) 住所 1 同居 2 別居 市 町 郡 村 (M) コード	(N) (丁目、番地)
--	--------------------	--	-------------

別居の場合のみ住所
とコードを記入

○初回交付日
×再交付日

手帳交付番号等(新規申請以外は記入してください。)

手帳交付番号	都道府県・市(支庁)第 号	交付年月日 昭和・平成 年 月 日
等級	級	障害名
種別	種	(再認定)

届出時点での手帳の状況を記入

変更後に援護する市
町村のコードを記入

旧住所・旧氏名()

旧住所	旧氏名	変更(返還)年月日 平成 年 月 日
-----	-----	--------------------

変更前の情報を記入

○転居した日
×この届出をした日

身体障害者手帳交付等申請(届)書

(宛先)
埼玉県知事 令和 年 月 日
住所 _____
氏名 _____

下記のとおり申請(届出)します。

申請・届出事由 (該当する項目の番号を○で囲んでください。)

10 新規申請	再交付申請	11 障害名・程度の変更(再認定・再認定以外)
	12 紛失	13 破損
	14 その他()	
居住地変更	7 本人(県内での)居住地変更	8 保護者居住地変更
	6 本人(県外から)県内転入	20 本人()転出
氏名変更	15 本人氏名変更	19 保護者(氏名)変更
返還	21 死亡	22 非該当
	23 その他(再認定・その他)	

項目番号 6~9 で手帳作成 0 不要 1 必要

本人を援護している市町村で受理

(県受付) (市町村受付)

△.△.△
收受

身体

処理区分

本人
個人番号

年号

視

右

管轄福祉

本人氏名・住所等
個人番号 (A)

(C) (姓) フリガナ (名)
(D) 性別 1 男 2 女
(B) 氏名
(E) 生年月日
住所 市 町 (H) 郡 村
本籍地 都道府県 (F) コード (G) コード 0 1 1

個人番号を記入

15歳未満の場合は保護者の記入が必要

保護者氏名等 (本人が15歳未満の児童の場合のみ記入してください。)

(I) 続柄 1 父 2 母 3 兄弟姉妹 4 祖父母
5 親族 6 児童福祉施設長 7 里親
8 その他()
(K) フリガナ (姓) (名)
(J) 氏名

(L) 住所 1 同居 2 別居 (M) 市 町 郡 村 (N) (丁目、番地)
別居の場合のみ住所とコードを記入

○初回交付日
×再交付日

手帳交付番号等 (新規申請以外は記入してください。)

手帳交付番号 都道府県・市() 支庁() 第()号 交付年月日 昭和・平成 年 月 日
等級 級
種別 種
(再認定) 平成 年 月 日

本人を援護する市町村のコードを記入

旧住所・旧氏名
旧住所
届出時点での手帳の状況を記入

変更日が特定できなければ、この届出をした日でも可

旧氏名 変更(返還)年月日 平成 年 月 日

変更前の情報を記入

手帳第2面

身体障害者等級表 による級別	1級	旅客鉄道株式会社 旅客運賃減額	第1種
本人住所	埼玉県上尾市西貝塚1-18-× 平方ビルズ7201 福祉事務所長印		
保護者氏名	彩野 壽 続柄 父 福祉事務所長印		
住所	埼玉県上尾市西貝塚1-18-× 平方ビルズ7201 福祉事務所長印		

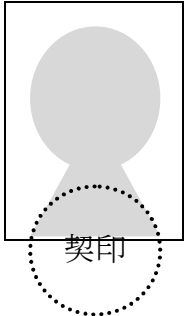
○手帳に係る届出を受理した日
×住民登録上の変更日

手帳第4面

本人の欄			
変更事項	住所	令和 ×年10月××日	取扱機関 福祉事務所長印
	埼玉県久喜市鷲宮111-×		
		年 月 日	
		年 月 日	
保護者の欄			
変更事項	住所	令和 ×年10月××日	取扱機関 福祉事務所長印
	埼玉県久喜市鷲宮111-×		
保護者		令和 △年△月△日	福祉事務所長印
	彩野 鏡子 母		

手帳第1面

身体障害者手帳



契印

埼玉県 第 5 4 3 2 1 × 号

平成 1X 年 4 月 XX 日交付
令和 X 年 X 月 XX 日再交付

氏名 彩野 緑

平成 1X 年 10 月 XX 日 生

要介護

埼 玉 県

今回、権限移譲で再交付した日を表記

第1種の場合には「要介護」を押印

手帳第2面

身体障害者等級表による級別	1 級	旅客鉄道株式会社 旅客運賃減額	第 1 種
本人住所	埼玉県上尾市西貝塚 1 4 8 - ×		
保護者氏名 住所	彩野 邦彦 続柄 父 埼玉県上尾市西貝塚 1 4 8 - ×		

紛失、破損の以前に住所等の変更が届出済（かつ補正済）の場合には、補正後の住所だけを表記

15歳未満で手帳の交付を受け、再交付の時点で15歳に達していた場合には、保護者の表示不要（変更とはみなさない）

手帳第3面

障害名 先天性疾患による四肢体幹機能障害

要再認定 肢体 令和 XX 年 4 月

⋮

平成26年9月1日以降に埼玉県が新規交付した手帳に限り、障害区分ごとの等級を付記する。
〔例〕
脳梗塞による右上肢機能全廃、右下肢機能障害（上肢2級）（下肢4級）

以前に送付された「交付・再交付者リスト」等を確認し、該当する場合には必ず表示

手帳第7面

備考

紛失、破損等再交付申請に係る手帳の作成
令和 ×年 ×月××日
〇〇市福祉事務所長 福祉事務所長印

市町村による再交付であることを表示（第1面の再交付日と同日とする）

身体障害者手帳交付等申請(届)書

(宛先)

埼玉県知事

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____

下記のとおり申請(届出)します。

申請・届出事由 (該当する項目の番号を○で囲んでください。)

10 新規申請	再交付申請	11 障害名・程度の変更(再認定・再認定以外)	12 紛失	13 破損	14 その他()
居住地変更	7 本人(県内での)居住地変更	8 保護者居住地変更	6 本人(県外から)県内転入	20 転出	
氏名変更	15 本人氏名変更	9 保護者(氏名)変更			
返 還	21 死亡	22 非該当	23 その他(再認定・その他)		

項目番号 6~9 で手帳作成 0 不要 1 必要

援護している市町村で受理

(県受付)

(市町村受付)

身体

X.X.XX
收受

処理
区分

本人
個人
番号

(A)

年号

本人氏名・住所等

個人番号 (A) _____

(C) (姓) フリガナ _____ (名)

(B) 氏名 _____

(D) 性別 _____

(E) 生年月日 _____

住所 市 _____ 町 (H) (丁目) _____
郡 _____ 村 _____

本籍地 都道府県 _____ (F) コード _____ (G) コード 0 1 1

個人番号を記入

変更事項がないかどうかよく確認

保護者氏名等 (本人が15歳未満の児童の場合のみ記入してください。)

(I) 続柄 1 父 2 母 3 兄弟姉妹 4 祖父母
5 親族 6 児童福祉施設長 7 里親
8 その他()

(K) フリガナ _____

(J) 氏名 _____

15歳未満の場合は保護者の記入が必要

(L) 住所 1 同居 2 別居 _____ 市 _____ 町 _____ (N) (丁目、番地)

申請時点での手帳の状況を記入
(再認定がある場合には漏れのないよう注意)

○初回交付日
×前回交付日

手帳交付番号等 (新規申請以外は記入してください。)

手帳交付番号 都道府県・市(支庁)第 _____ 号 交付年月日 昭和・平成 年 月 日

等級 級 _____

種別 種 _____ (再認定)

旧住所・旧氏名等 (居住場所の変更、氏名の変更、返還の場合は記入してください。)

旧住所 _____

旧氏名 _____

年 月 日

変更を伴う場合は権限移譲
による再交付はできない

援護する市町村の
コードを記入

視
右

管轄福祉

8-14 <20>本人県外へ転出 (P. 25)

職権で作成する場合は、市福祉事務所長・町村長で作成

転出直前に援護していた市町村で受理職権で作成する場合も收受印を押印

身体障害者手帳交 申請(届)書

(宛先) 埼玉県知事

住所 _____

氏名 _____

(県受付) _____ (交付) _____

身体

X. 11. XX
收受

下記のとおり申請 (届出) します。

手帳の再交付や補正は行わない

さいたま市、川越市、越谷市、川口市への転出も県外転出として扱う

申請・届出事由 (該当する項目の番号を○で囲んでください。)

10 新規申請	再交付申請	11 障害名・程度の変更(再認定・再認定以外)
		12 紛失 13 破損 14 その他()
居住地変更	7 本人(県内での)居住地変更	8 保護者居住地変更
	6 本人(県外から)県内	20 本人県外へ転出
氏名変更	15 本人氏名変更	9 保護者(氏名)変更
返 還	21 死亡 22 非該当	23 その他(再認定・その他)

項目番号 6~9 で手帳作成 0 不要 1 必要

本人
個人
番号

(A)

本人氏名・住所等

個人番号 (A) _____

(C) フリガナ _____ (D) 性別 _____

(B) 氏名 _____ (E) 生年月日 _____

住所 市 _____ 町 (H) (丁目) _____
郡 _____ 村 _____

本籍地 都道府県 _____ (F) コード _____ (G) コード 0 1 1 _____

個人番号を記入

○転出後の住所(予定でも可)
×転出前の住所

保護者氏名等 (本人が15歳未満の児童の場合は記入してください。)

(I) 続柄 1 父 2 母 _____ (K) フリガナ _____ (姓) _____ (名) _____

5 親族 6 児童福祉施設長 7 里親 _____ (J) 氏名 _____

8 その他() _____

(L) 住所 1 同居 2 別居 _____ (M) コード _____ (N) (丁目、番地) _____

コードは記入不要

届出時点での手帳の状況を記入

○初回交付日
×再交付日

手帳交付番号等 (新申請以外は記入してください。)

手帳交付番号 都道府県 _____ 市(支庁)第 _____ 号

交付年月日 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

等級 _____ 級

種別 _____ 種

○転出日(予定でも可)
×この届出をした日

援護していた市町村のコードを記入

旧住所・旧氏名等 (居住地変更、氏名変更、返還の場合)

旧住所 _____

旧氏名 _____

変更(返還)年月日 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

変更前の情報を記入

8-15 <21>死亡による返還 (P. 26)

職権で作成する場合は、市福祉事務所長・町村長で作成

死亡直前に援護していた市町村で受理職権で作成する場合も收受印を押印

身体障害者手帳交付申請(届)書

(宛先)
埼玉県知事 平成 年 月 日
住所 _____
氏名 _____

(県受付) (市町村受付)

X.XX.XX
收受

身体

下記のとおり申請(届出)します。

申請・届出事由 (該当する項目の番号を○で囲んでください。)

10 新規申請	再交付申請	11 障害名・程度の変更(再認定・再認定以外)
12 紛失	13 破損	14 その他()
居住地変更	7 本人(県内での)	居住地変更
8 保護者居住地変更	6 本人(県外から)	県内転入
20 本人県外へ転出	氏名変更	15 本人氏名変更
9 保護者(氏名)変更	返還	21 死亡
22 非該当	23 その他(再認定・その他)	

項目番号 6~9 で手帳作成 0 不要 1 必要

処理区分

本人
個人番号

(A)

年号

本人氏名・住所等

個人番号 (A) _____

(C) フリガナ (姓) _____ (名) _____

(B) 氏名 _____

(D) 性別 1 男 2 女

(E) 生年月日 _____ 死亡時点の住所 _____ 年 月 日

住所 市 _____ 町 (H) _____ 郡 _____ 村 _____

本籍地 都道府県 _____ (F) コード _____ (G) コード _____ 0 1

個人番号を記入

死亡時点の住所

保護者氏名等 (本人が15歳未満の児童等のみ記入してください。)

(I) 続柄 1 父 2 _____

5 親族 6 児童福祉施設長 7 里親

8 その他() _____

(K) フリガナ (姓) _____ (名) _____

(J) 氏名 _____

(L) 住所 1 同居 _____ 市 _____ 町 _____ 郡 _____ 村 _____

(N) (丁目、番地) _____

○初回交付日
×再交付日

コードは記入不要

死亡時点での手帳の状況を記入

手帳交付番号等 (新規申請以外は記入してください。)

手帳交付番号 都道府県・市(支庁)第 _____ 号 交付年月日 昭和・平成 年 月 日

等級 級 _____

障害名 _____

種別 種 _____

○死亡した日 _____ 定 _____

×返還した日 _____

援護していた市町村のコードを記入

旧住所・旧氏名等 (居住地変更、氏名変更、返還の場合は)

旧住所 _____

旧氏名 _____ 変更(返還)年月日 _____ 平成 年 月 日

視
右

管轄福祉

8-16 <22><23> 非該当等による返還 (P. 26)

(県受付) (町村受付) 身体

身体障害者手帳交付等申請(届)書

(宛先) 埼玉県知事 令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____

X. 12. XX
 收受

下記のとおりに申請・届出事由

10 新規申請	11 障害名・程度の変更	12 紛失	13 破損	14 再認定・再認定以外	15 本人氏名変更	16 保護者(氏名)変更	17 居住地変更	18 保護者居住地変更	19 居住地変更	20 本人(県外から)県内転入	21 本人県外へ転出	22 非該当	23 その他(再認定、その他)
---------	--------------	-------	-------	--------------	-----------	--------------	----------	-------------	----------	-----------------	------------	--------	-----------------

項目番号 6~9 で手帳作成 0 不要 1 必要

本人氏名・住所等

個人番号 (A) _____

(C) フリガナ _____ (姓) _____ (名) _____

(B) 氏名 _____

住所 _____ 市 _____ 町 (H) (丁目、番地) _____ 郡 _____ 村 _____

本籍地 _____ (F) コード _____ (G) コード _____ 0 1 1 _____

(D) 性別 1 男 2 女 _____

(E) 生年月日 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和 _____ 年 月 日

保護者氏名等 (本人が15歳未満の児童の場合、記入してください。)

(I) 続柄 1 父 2 母 _____ (K) フリガナ _____ (姓) _____ (名) _____

5 親族 6 児童福祉施設長 7 里親 _____ (J) 氏名 _____

8 その他 () _____

(L) 住所 1 同居 2 別居 _____ 市 _____ 町 _____ 郡 _____ 村 _____ (N) (丁目、番地) _____

手帳交付番号 _____

手帳交付番号 _____ 都道府県・市(支庁)第 _____ 号 _____ 交付年月日 昭和・平成 _____ 年 月 日

等級 _____ 級 _____

種別 _____ 種 _____ (再認定 _____ 平成 _____ 年 月)

旧住所・旧氏名等 (居住地変更、氏名変更、返還の場合は) _____

旧住所 _____

旧氏名 _____ 変更(返還)年月日 _____ 平成 _____ 年 月 日

○初回交付日
×再交付日

9 参考資料・様式

9-1 手帳台紙送付依頼文書例 (P. 25)

第 号
令和 年 月 日

埼玉県総合リハビリテーションセンター長 様

〇〇市福祉事務所長
(〇〇町(村)長)

再交付用の身体障害者手帳台紙等の送付について

身体障害者手帳の紛失、破損等再交付申請に関わる権限移譲の実施に当たり、添付した出納簿の写しのおり交付用台紙の残りが少なくなりました。

つきましては、下記のおり送付くださるようお願いいたします。

記

身体障害者手帳台紙 〇〇部

障害者手帳カバー 〇〇部

担当
電話

※出納簿の写しを添付してください。

※カバー不要の場合は、「不要」と記載してください。

9-3 進達書様式 (様式第1号) (P.27)

様式第1号

令和 第 年 月 日

埼玉県総合リハビリテーションセンター長 様

福祉事務所 (町村) 長

身体障害者手帳の交付申請について (進達)

このことについて、下記の者から申請があったので、関係書類を添えて送付します。

記

身体障害者 (児) 氏名	保護者氏名 (児童のみ)	申請の種類			
		1	2	3	4
		1	2	3	4
		1	2	3	4
		1	2	3	4
		1	2	3	4
		1	2	3	4
		1	2	3	4
		1	2	3	4
		1	2	3	4
		1	2	3	4
		1	2	3	4
		1	2	3	4
		1	2	3	4
		1	2	3	4
		1	2	3	4
		1	2	3	4

申請種類： 1 新規交付 2 再交付 3 居住地・氏名変更 4 返還
(該当番号を○で囲む)

9-4 報告書(権限移譲再交付)様式(様式第2号)(P.27)

様式第2号

令和 年 月 日
第 号

埼玉県総合リハビリテーションセンター長 様

福祉事務所(町村)長

身体障害者手帳の再交付について(報告)

令和 年 月に、下記の者から申請があり身体障害者手帳を作成し、再交付しましたので、関係書類を添えて送付します。

記

身体障害者(児)氏名	手帳番号	申請の種類	再交付年月日
	埼玉県第 号	12 13 14	
	埼玉県第 号	12 13 14	
	埼玉県第 号	12 13 14	
	埼玉県第 号	12 13 14	
	埼玉県第 号	12 13 14	
	埼玉県第 号	12 13 14	
	埼玉県第 号	12 13 14	
	埼玉県第 号	12 13 14	
	埼玉県第 号	12 13 14	
	埼玉県第 号	12 13 14	
	埼玉県第 号	12 13 14	
	埼玉県第 号	12 13 14	
	埼玉県第 号	12 13 14	
	埼玉県第 号	12 13 14	

申請の種類：12 紛失、13 破損、14 その他(該当番号を○で囲むこと)

身体障害者手帳交付申請に係る連絡票

令和 年 月 日

市町村名：	申請者名：	担当者名：
<p>1 氏名・住所等の記載について</p> <p>2 自立支援医療等について</p> <p>3 その他連絡事項</p>		

身体障害者手帳交付申請に係る連絡票

令和 年 月 日

市町村名：	申請者名：	担当者名：
<p>1 氏名・住所等の記載について</p> <p>2 自立支援医療等について</p> <p>3 その他連絡事項</p>		

令和 年 月 日

(宛先)
埼玉県知事

住所

氏名

(申請者との続柄)

身体障害者手帳交付申請取下げ書

令和 年 月 日付けの下記の者に係る身体障害者手帳交付申請については、取り下げます。

記

住所

氏名

取下げの理由

令和 年 月 日

(宛先)
埼玉県知事

(住所)

(市福祉事務所長・町村長)

身体障害者手帳交付申請者の状況報告について

令和 年 月 日付けの下記の者に係る身体障害者手帳交付申請については、申請者本人が死亡したことを報告します。

なお、申請者の家族からは申請書を返すことについて同意を得ています。

記

住所

氏名

申請者の死亡日

第 号
令和 年 月 日

埼玉県総合リハビリテーションセンター長 様

(市福祉事務所長、町村長)

指導状況報告について

身体障害者手帳の交付を受けている以下の者については、県からの通知に基づき、身体障害者福祉法第17条の2第1項の規定等による診査を受けることの指導等を実施していますが、対象者は診断にはいたっておりません。

については、現在までの当市町村における指導状況を下記のとおり報告します。

記

氏 名	障害名及び再認定時期	住 所
	再認定時期 年 月	

1 本人が再認定を受けない理由について

2 今後の指導方針等

3 再認定の時期を経過した後の指導状況について

日 時	内 容
①文書による指導	
②電話による指導	
③訪問による指導	
④本人来所による指導	

9-9 再認定指導状況報告様式(6か月経過) (P.35)

令和 年 月 日
第 号

埼玉県知事 様

市町村長

身体障害者手帳の交付を受けている以下の者については、県からの通知に基づき、身体障害者福祉法第17条の2第1項の規定等による診査を受けることの指導等をいたしましたが、対象者は、これを拒み、又は忌避し、現在まで再認定の手続きがなされていないため、報告します。
(令和 年 月 日作成)

氏名	住所		電話番号
再認定を行うべき時期	再認定期間	障害の種別、等級等	
年 月 日			
指導の状況（県からの通知以外での指導状況）			
指導方法	<input type="checkbox"/> 文書（ ） <input type="checkbox"/> 電話（ ） <input type="checkbox"/> 訪問（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） ※（ ）内に指導実施日・回数等を記入		
指導内容			
診査を拒み、又は忌避している理由			
その他、対象者の意見、対象者の状況等			

令和 第 号
年 月 日

埼玉県総合リハビリテーションセンター長 様

〇〇市福祉事務所長
(〇〇町(村) 〇〇課長)

身体障害者手帳（及び療育手帳）交付台帳データの提供について（依頼）

当市（町村）における身体障害者手帳（及び療育手帳）交付対象者の情報を適正に管理するに当たり、県で管理されている情報との照合を行いたいと思います。

つきましては、貴センターにおける当市（町村）分の交付台帳の電子データを御提供くださるようお願いいたします。

なお、提供方法については、貴センターの所定の方法で差し支えありません。

また、当該データの利用に当たっては、個人情報の取扱いに十分留意するとともに、目的外の利用はいたしません。

担当
電話

9-11 JR運賃割引制度の種別表(参考) (P.76)

JR運賃割引制度の第1種、第2種

〔太枠内 ⇨ 第1種〕
〔その他 ⇨ 第2種〕

級別	視覚障害	聴覚又は平衡機能の障害		音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害	肢体不自由		
		聴覚障害	平衡機能障害		上肢機能障害	下肢機能障害	体幹機能障害
1級	視力の良い方の眼の視力(万国式視力表によって測ったものをいい、屈折異常のある者については、矯正視力について測ったものをいう。以下同じ。)が0.01以下のもの				1 両上肢の機能を全廃したもの 2 両上肢を手関節以上で欠くもの	1 両下肢の機能を全廃したもの 2 両下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの	体幹の機能障害により坐っていることができないもの
2級	1 視力の良い方の眼の視力が0.02以上0.03以下のもの 2 視力の良い方の眼の視力が0.04かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの 3 周辺視野角度(I/4視標による。以下同じ。)の総和が左右眼それぞれ80度以下かつ両眼中心視野角度(I/2)視標による。以下同じ。)が28度以下のもの 4 両眼開放視認点数が70点以下かつ両眼中心視野視認点数が20点以下のもの	両耳の聴カレベルがそれぞれ100デシベル以上のもの(両耳全ろう)			1 両上肢の機能の著しい障害 2 両上肢のすべての指を欠くもの 3 1上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの 4 1上肢の機能を全廃したもの	1 両下肢の機能の著しい障害 2 両下肢を下腿2分の1以上で欠くもの	1 体幹の機能障害により座位又は起立位を保つことが困難なもの 2 体幹の機能障害により立ち上がることが困難なもの
3級	1 視力の良い方の眼の視力が0.04以上0.07以下のもの(2級の2に該当するものを除く。) 2 視力の良い方の眼の視力が0.08かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの 3 周辺視野角度の総和が左右眼それぞれ80度以下かつ両眼中心視野角度が56度以下のもの 4 両眼開放視認点数が70点以下かつ両眼中心視野視認点数が40点以下のもの	両耳の聴カレベルが90デシベル以上のもの(耳介に接しななければ大声語を理解し得ないもの)	(以下 略)			1 両下肢をショパー関節以上で欠くもの 2 1下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの 3 1下肢の機能を全廃したもの	体幹の機能障害により歩行が困難なもの
4級	1 視力の良い方の眼の視力が0.08以上0.1以下のもの(3級の2に該当するものを除く。) 2 周辺視野角度の総和が左右眼それぞれ80度以下のもの 3 両眼開放視認点数が70点以下のもの						

(注) ※1 障害(障害区分ごとの障害)を2つ以上有し、その障害の総合の程度が上記太枠内の程度に準ずるものも第1種身体障害者とされます。

※2 脳原性運動機能障害については、1上肢又は1下肢のみに運動機能障害がある場合は除かれます。

級別	心臓、じん臓若しくは呼吸器又はぼうこう若しくは直腸、小腸、 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫若しくは肝臓の機能障害								
	乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害 (脳原性運動機能障害)		心臓 機能障害	じん臓 機能障害	呼吸器 機能障害	ぼうこう又は 直腸機能障害	小腸 機能障害	ヒト免疫不全 ウイルス による 免疫機能障害	肝臓 機能障害
	上肢機能障害	移動機能障害							
1級	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作がほとんど不可能なもの	不随意運動・失調等により歩行が不可能なもの	心臓の機能の障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの	じん臓の機能の障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの	呼吸器の機能の障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの	ぼうこう又は直腸の機能の障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの	小腸の機能の障害により自己の身の辺の日常生活活動が極度に制限されるもの	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害により日常生活がほとんど不可能なもの	肝臓の機能の障害により日常生活活動がほとんど不可能なもの
2級	不随意運動・失調等により上肢を使用する日常生活動作が極度に制限されるもの	不随意運動・失調等により歩行が極度に制限されるもの						ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害により日常生活が極度に制限されるもの	肝臓の機能の障害により日常生活活動が極度に制限されるもの
3級		不随意運動・失調等により歩行が家庭内での日常生活活動に制限されるもの	心臓の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	じん臓の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	呼吸器の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	ぼうこう又は直腸の機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	小腸機能の障害により家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害により日常生活が著しく制限されるもの(社会での日常生活活動が著しく制限されるものを除く)	肝臓の機能の障害により日常生活活動が著しく制限されるもの(社会での日常生活活動が著しく制限されるものを除く)
4級			心臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	じん臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	呼吸器の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの		小腸の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	肝臓の機能の障害により社会での日常生活活動が著しく制限されるもの

(以下 略)

リハ第971号
平成26年12月11日

各市町村

身体障害者手帳担当課長様
後期高齢者医療費助成担当課長様

埼玉県総合リハビリテーションセンター
福祉局相談部長

身体障害者障害程度等級表と身体障害者手帳の障害名との対応について（通知）

身体障害者手帳交付事務については、日頃から御協力いただきお礼申し上げます。

さて、当センターに対しましては、下肢機能障害4級の身体障害者手帳所持者についての身体障害者障害程度等級表の該当号の問い合わせが多くなされています。

ついては、下肢機能障害4級について「身体障害者障害程度等級表に定める該当号」と「手帳に表記される障害名」との対応を別添のとおりまとめましたので、事務の参考としてください。

なお、別添にあるとおり、身体障害者手帳に表記された障害名が対応表に記載された障害名1つのみの場合は当センターに問い合わせせずに該当号を御判断くださるようお願いします。（例：「両下肢機能障害4級」は合算で4級のため「該当号なし」となります。）

担当 障害認定担当
電話 048-725-0216（直通）
FAX 048-781-2218
E-mail n812222d@P.ref.saitama.lg.jp

身体障害者障害程度等級表（下肢4級各号）と
身体障害者手帳に表記される障害名との対応について

1 **手帳表記の障害名が下記対応表に掲げる1件のみで下肢4級の場合**
対応表のとおり号数となります。（問い合わせは不要です。）

2 **1以外で下肢4級の場合**

該当号が事例ごとに異なります。（該当号を問い合わせてください。）

○対応表にない障害名が表記されている場合

ex. 右半身不随

○対応表の障害名又はそれ以外の下肢の障害名が2件以上表記されている場合

ex. 右下肢機能障害＋左下腿1／2以上欠損

ex. 右下肢機能障害＋左下肢機能障害

対応表（下肢4級各号と障害名）

級・号	身体障害者障害程度等級表の表記	手帳表記の障害名
4級1号	両下肢のすべての指を欠くもの	両全足指欠損 両リスフラン関節以上欠損
4級2号	両下肢のすべての指の機能を全廃したもの	両全足指機能全廃
4級3号	一下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの	右下腿1／2以上欠損 左下腿1／2以上欠損 右膝関節部欠損 左膝関節部欠損 右大腿1／2未満欠損 左大腿1／2未満欠損
4級4号	一下肢の機能の著しい障害	右下肢機能障害 左下肢機能障害
4級5号	一下肢の股関節又は膝関節の機能を全廃したもの	右膝関節機能全廃 左膝関節機能全廃 右股関節機能全廃 左股関節機能全廃 右膝関節人工関節置換 左膝関節人工関節置換 右膝関節人工関節（骨頭）置換 左膝関節人工関節（骨頭）置換 右股関節人工骨頭（関節）置換 左股関節人工骨頭（関節）置換 右人工膝関節（全廃） 左人工膝関節（全廃） 右人工股関節（全廃） 左人工股関節（全廃）
4級6号	一下肢が健側に比して10センチメートル以上又は健側の長さの10分の1以上短いもの	右下肢10cm以上短縮 左下肢10cm以上短縮 右下肢1／10以上短縮 左下肢1／10以上短縮
該当号なし（合算による4級）		両下肢機能障害 両足関節機能全廃 両膝関節機能障害 両股関節機能障害

※ 電算化以前に認定したものや他県で初回交付されたものについては、「該当号が不明」との回答になる場合がありますので御了解ください。

リハ第610号
平成28年 8月 5日

市町村障害福祉主管課長 様

埼玉県総合リハビリテーションセンター長
(公印省略)

身体障害者手帳の障害区分別等級の表記について (通知)

障害者手帳関係事務につきましては、日ごろより格別の御尽力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、現行の身体障害者手帳（以下「手帳」という。）の障害認定にともない各市町村に送付するリストには、総合等級及び障害部位のほか、障害区分別に障害区分及び障害等級を記載しております。

ただし、他県等で肢体不自由などにより障害認定を受けた方や、障害区分別等級が不明な方の場合、障害区分及び等級とも便宜的に1障害区分のみ表記し、等級も総合等級を表記しています。

このため、障害福祉サービス等を利用するに当たり具体的な支障が生じると判断される障害者については、個々に対応を検討しますので、随時、報告くださるようお願いいたします。

担 当 障害認定担当

TEL 048-725-0216

FAX 048-781-2218

メール n812222d@pref.saitama.lg.jp

【報告例】

1 氏名

2 住所

3 身体障害者手帳番号

4 サービス利用等上の具体的な支障内容

疾病名は左半身不随であり、総合等級3級とされる。

日常生活用具として手すり付きスロープの給付を希望しているが、支給要綱では下肢の障害が認定されていることを要件としている。

しかし、下肢にも障害があると思われるものの、左半身不随のみでは、下肢の障害が認定されているかどうか明らかでなく、給付に当たり疑義が生じている。

5 対象者の身体的状況

来庁の際にも、杖を使用して歩いており、自宅内の移動に際しても杖を使用している状況である。

令和 第 年 月 日
号

埼玉県総合リハビリテーションセンター長 様

〇〇市福祉事務所長
(〇〇町(村) 〇〇課長)

身体障害者手帳交付等申請事務にかかる住所コードの
新規作成について(依頼)

このことについて、〇〇〇〇土地区画整理事業完了に伴い、新規地名が設定されましたので、住所コードの新規作成を依頼します。

記

新規地名 〇〇〇〇

設定日 令和〇〇年 〇 月 〇 日

担当 〇〇市〇〇〇〇課
〇〇
電話 〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇〇

10 よくある質問と回答

10-1 受付時

1 「身体障害者診断書・意見書」が埼玉県で定める様式でない。

- 診断書の表題が「身体障害者診断書・意見書」であれば、埼玉県以外の様式でも受理できます。
- 診断書の表題が「身体障害者診断書・意見書」でない場合は、受理できません。再度「身体障害者診断書・意見書」を提出するよう案内してください。

2 診断書に医療機関名や診断日が書いていない。

- 医療機関名が未記入の場合、申請者から聴取した上で、補足してください。
(→P.11 3-2-3 診断書受理の際の確認事項 ポイント1)
- 診断日が未記入の場合は、医療機関に電話で聴取した上で、補足してください。
(→P.12 3-2-3 診断書受理の際の確認事項 ポイント4)

3 申請者が印鑑を忘れた。

- 令和3年4月から、押印は不要となりました。

4 以前手帳を所持していたと本人が言っているが、転居を繰り返しているうちに手帳を紛失して、所持していた障害の内容が不明である。

- あとから手帳が見つかることがあります。本人から過去の居住していた市町村を聴き取り、その市町村に更生指導台帳、手帳の写しがないか確認してください。
- 更生指導台帳等が見つからない場合は、認定済の障害を引き継いで手帳を交付することはできません。新規での申請になります。

5 まもなく転居する予定である。

- 申請した市町村あてに手帳を送付します。
- 本人に交付する際、転居先で居住地変更の手続きを行うよう説明してください。

6 申請書様式の在庫が少なくなった。

- 電話等で必要部数を知らせてください。巡回郵便で送付します。(1回あたり3冊まで)
- 巡回郵便は到着まで時間を要します。余裕をもって依頼してください。

10-2 申請中

1 申請中に申請者が死亡した。

- 申請者親族に取下げ書の提出を求めてください。協力が得られない場合は、「身体障害者手帳交付申請者の状況報告について」の提出により代えることも可能です。(→P.31 5-2 (2)死亡の場合の特例)
- 重度心身障害者医療費の申請などのために手帳が必要な場合は、手帳を交付することも可能です。
この場合、手続き終了後速やかに死亡の届出及び手帳の返還を求めてください。

2 手帳交付前に同一市内で転居したが、新しい住所表記の手帳発行を希望している。

- 県リハビリセンターに連絡してください。手帳の送付前であれば、新しい住所で手帳を作成し送付することが可能です。

3 申請中に他市町村に転居した。

- 申請した市町村あてに手帳を送付します。
- 本人に交付する際、転居先で居住地変更の手続きを行うよう説明してください。

4 同月中に程度変更の申請があった。

- 先の申請が県リハビリセンターに進達済みの場合は、原則それぞれ認定し、手帳が2冊交付されます。
- 1冊のみの交付を希望する場合は、県リハビリセンターに連絡をしてください。

10-3 交付時

1 「身体障害者手帳交付・再交付者リスト」の記載内容のうち、ふりがな、性別、援護地、変更年月日など、手帳に表記されない項目に誤りがある。

- システムに登録されたデータを修正しますので、県リハビリセンターに連絡してください。ただし、原則として身体障害者手帳交付・再交付者リストは再交付しません。

2 県外からの転入者の「身体障害者手帳交付・再交付者リスト」に記載された変更年月日が違う。

- 県外からの転入者の手帳を補正で対応した場合、申請(届)書を県リハビリテーションセンターが受理した後、手帳情報をシステムに登録します。
- リストに表記される変更年月日は、手帳が交付される場合(〈16〉)は市町村受理日、手帳が交付されない場合(〈06〉)は県リハビリセンター受理日としています。

3 手帳に表記された疾病名が診断書と違う。

- 援護などの都合上原因疾病の表記が必要なものや原因疾病として多い疾病名を記載します。必ず診断書の疾病名がそのまま表記される訳ではありません。

4 古い写真を使いたいと言っている。

- 写真の規格は、身体障害者福祉法施行規則別表第3号で定められています。
(申請の時から1年以内に撮ったものであること。ただし、特別の事情があるときであって、その写真によって本人を認識する上で支障がない時はこの限りでない。)

10-4 手帳の内容変更・手帳の記入欄の不足

1 地番整理などで、新しい町名ができた。

- 住所コードの登録が必要です。
文書で依頼をしてください。(→P. 69)
(→P. 8 3-1 (8) 本籍地・住所コード)

2 地番整理、住居表示等の実施により住所の表記が変わった。

- 県リハビリセンターでは、地番整理、住居表示実施等による住所の表記の変更について、一括して変更する等の対応はしていません。
- 新しい住所表記の手帳を希望する者に対しては、個別に市町村での居住地変更の届出を提出させ、手帳の補正で対応してください。(→P. 15 3-3-2 (6) 居住地変更に関する場合)

3 本籍が変わった。

- 本籍のみの変更については届出不要です。(手帳に表記されていないため、手帳の補正等も不要。)

4 保護者が変わった。

- 市町村で手帳を補正してください。(→P. 21 3-5 市町村での補正)
- 紛失、破損等により手帳の再交付が必要な場合は、県リハビリセンターで再交付します。(→P. 19 3-4 県リハビリセンターでの再交付)
- 紛失等にもかかわらず、その場での再交付を希望する場合は、変更の届出書と紛失等再交付の申請書の2枚の申請(届)書により市町村で再交付することも可能です。
ただし、手帳番号が他の都道府県市の場合、埼玉県の手帳番号200000号未満の場合は、県リハビリセンターで再交付します。
(→P. 24 3-6-2 (4) 変更点がある手帳をやむを得ずその場で再交付する特例)

5 (1) 備考欄がなくなった。

(2) 変更事項欄がなくなった。

- (1) 権限移譲により市町村で再交付してください。(→P. 16 3-3-2 (5) その他事由による再交付 ウ)
- (2) 県リハビリセンターで再交付します。(→P. 16 3-3-2 (5) その他事由による再交付 エ)

10-5 転入時

1 転入者の援護をどの市町村が行うのか不明。

- 原則、居住する市町村です。
ただし、障害者支援施設の入所などの場合は、身障法第9条を参照の上、県障害者支援課などに御確認ください。

2 転居を繰り返しているが、前居住地で転入の届出をしていない。

- 便宜上、更生指導台帳を所持していた市町村を転入元として、居住地変更の手続きをしてください。

10-6 転出時

1 海外に転出するが、手帳の返還は必要か。

- 元の居住地に戻ってくる予定の場合、手帳の返還は不要です。転出の届出をしてください。戻ってきたら、転入の届出をするよう案内してください。
- 元の居住地に戻ってくる予定がない場合は、手帳の返還を促してください。

10-7 紛失、破損の再交付（権限移譲再交付）

1 紛失による再交付をしたが、元の手帳が見つかった。

- 既に新しい手帳を交付済の場合は、新しい手帳を使用することとし、元の手帳は回収してください。
- 県リハビリセンターで発行している場合は、県リハビリセンターに連絡し、発行した手帳を送り返してください。
- 交付時に元の手帳が見つかり、元の手帳の使用を希望する場合は、発行した手帳を回収し、申請書を返却してください。

2 再交付用の手帳台紙やカバーがなくなった。

- 身体障害者手帳出納簿の最後のページを添付の上、文書で請求してください。
(→P.25 3-6-2 (5) 手帳台紙の管理)
- カバーのみ送付希望の場合は、文書での送付依頼は不要です。電話等により必要部数をお知らせください。
- 巡回郵便で送付するため、到着まで時間を要します。余裕をもって依頼してください。

3 紛失による再交付の申請にきた。変更事項はないが、手帳番号が他の都道府県市で発行された手帳だった。

- 県リハビリセンターで再交付します。
(→P.24 3-6-2 (3) 市町村での再交付ができない場合)
- 新しく埼玉県の手帳番号を付しますので、市町村で権限移譲による再交付はできません。
(→P.32 6-2 手帳交付番号)

4 紛失による再交付の申請にきたが、住所変更の届出がされていない。

- 県リハビリセンターで再交付します。
(→P.24 3-6-2 (3) 市町村での再交付ができない場合)
- その場での再交付を希望する場合は、変更の届出書と紛失等再交付の申請書の2枚の申請(届)書により市町村で再交付することも可能です。
ただし、手帳番号が他の都道府県市、埼玉県の手帳番号 200000 号未満の場合は、県リハビリセンターで再交付します。
(→P.24 3-6-2 (4) 変更点がある手帳をやむを得ずその場で再交付する特例)

10-8 照会時

1 受診の予約の都合で、回答期限までに診断書の再提出ができない。

- 回答時期を確認して、県に連絡してください。
- 回答予定時期を過ぎても提出がない場合、催促をしてください。
- 特段の申立がなく回答期限を3か月経過した場合は、申請書を返戻します。(→P.30 5-1 (2) 回答)
照会された内容が追記・補正された診断書が用意できたら、改めて申請するよう案内してください。

2 診断書を作成した15条指定医師が異動などでいなくなった。

- 受診した医療機関に相談し、その医療機関に15条指定医師にいる場合、その15条指定医師に再度受診し、診断書の追記、補正を依頼してください。

3 当初受診した医療機関と違う医療機関で受診したい。

- 手帳の交付日は再受診日になることや確実に再受診することが不明のため、いったん申請書は取下げるのが望ましい。

4 返戻された診断書をなくしてしまった。

- 市町村で保管している診断書のコピーなどを渡し、それに追記、補正してもらうことにしてください。
- 診断書を発行した医療機関に「原本と相違ない」と付記してもらうよう説明してください。

5 複数の障害区分を同時に申請しているが、そのうちの一部が照会となり、照会内容が非該当相当だった。

- 複数の障害区分を同時に申請している場合、すべての障害区分を同一の日付で認定し、手帳を交付します。
そのため、一部が照会になった場合、他方の障害区分は認定できるにもかかわらず、照会となった障害区分の回答を待って認定するため、手帳の交付が遅くなります。
- 照会となった障害区分が非該当相当の場合、非該当相当の決定まで時間を要するため、認定できる障害区分の手帳交付が遅くなります。認定できる障害区分の手帳を速やかに交付するため、非該当の照会となった障害区分は取り下げるよう案内してください。

10-9 再認定

1 受診の予約の都合で、手帳に記載された再認定時期より受診が早まる。

- 3か月前までを目途に受診するよう案内してください。
- 3か月以上早い場合、再認定として扱わない場合があります。(→P.9 3-2-1 **認定を伴う申請の種類 ※1 ①**)

2 手帳に記載された再認定時期より受診が遅くなる。

- 受診時期を確認し、早めの受診を促してください。
- 3か月を経過しても申請がない場合、診査の指導を行っていただき、指導状況を県に報告するよう市町村に依頼します。(→P.35 7-1 **②再認定時期の3か月程度経過後**)

3 再認定の通知がきたが、本人は転居している。

- 転居先が県内市町村の場合、転居先の市町村に連絡し、通知文書を転居先の市町村に転送してください。
- 転居先の市町村は本人に転入の届出をするよう促し、再認定の受診を促してください。
- 転居先が県外の場合、通知文書を県に返送し、職権で転出の届出をしてください。
- 転出先の市町村に転入の手続きが必要であることを連絡してください。

4 本人が再認定の受診を拒否している。

- 再認定の申請を取りやめることはできません。再認定の受診を促してください。
- 再認定を申請する意思がなく、手帳不要であれば、自主的な返還を促してください。
- 再認定を受けないまま手帳を使い続けると、返還しなければならない場合があります。

5 本人の体調不良などにより再認定の受診が困難である。

- 体調が回復した時期に再認定の受診を促してください。

6 再認定時期を過ぎてしまった場合、手帳は無効になるのか。

- 再認定は、手帳の有効期限を設定したものではありません。

7 障害名追加の程度変更の申請があったが、認定済の障害区分の再認定が申請されていない。

- 再認定申請を強く勧め、申請時期を必ず確認してください。

10-10 手帳内容の確認

1 下肢4級4号に該当するのか。

- 身体障害者障害程度等級に定める4級4号は、「一下肢の機能の著しい障害」です。手帳に表記されている障害名が、「右下肢機能障害（下肢4級）」か「左下肢機能障害（下肢4級）」のいずれか1件のみかどうかで、まずは判断してください。
- 「両下肢機能障害4級（下肢4級）」の場合は、一下肢当たり4級未満相当を両下肢で合算して4級と認定しているため、等級表における該当号はありません。
- 詳細は、平成26年12月11日付けリハ第971号の通知を参照してください。（→P.65）

2 障害名が「半身不随」で障害等級が上肢のみであるが、下肢に障害はないのか。

- 認定時期が古いもの、他県での認定によるものは上肢・下肢・体幹の内訳は不明のため、便宜上「上肢のみ」としています。
あくまでも個別等級は不明であり、上肢のみの障害で下肢の障害は認定されていないわけではありません。（→P.32 6-1 送付する文書等 ※）

3 肢体不自由2級（上肢3級、下肢4級）だが、JRの運賃割引は1種にならないのか。

- 割引の種別はJRが定める「身体障害者旅客運賃割引規則」に基づき、手帳発行の際に表記をしています。その区分はP.63 9-11 JR運賃割引制度の種別表のとおりです。
- ただし、障害を2つ以上有することにより、その障害の程度が第1種身体障害者の障害の程度に準ずるものについても、第1種とされています。
主なものとして、次のとおり示されています。
 - ①合計指数により1級となる場合
 - ②一上肢全廃（2級）＋一下肢著障（4級）で2級
 - ③一上肢著障（3級）＋一下肢全廃（3級）で2級
- 肢体不自由2級でも、一上肢著障（3級）＋一下肢著障（4級）の場合は上記に該当しないため、2種となります。

4 県リハビリセンターで再交付を受けたが、障害区分ごとの等級が記載されていない。

- 平成26年9月1日以降に埼玉県が新規交付した手帳のみに障害区分ごとの等級が表示されます。（→P.24 3-6-2（2）受付に当たっての注意事項 ※）

10-11 返還手帳の取扱い

1 返還すべき手帳をほしい。

○ 穴を空けたり、無効の表示をするなどした上で、渡してください。

(→P.26 3-8-2 (2) 受付に当たっての注意事項 ウ)

2 手帳所持者が死亡等し、手帳返還後に証明が必要になり、手帳を所持していた証明書の発行してほしい。

○ 県では身体障害者手帳を所持していた証明書は発行していません。

必要な場合は手帳返還前に写しをとっておくよう案内してください。

10-12 認定時の障害の状態から改善

1 認定された障害の状態が改善した。

(透析を離脱した、ペースメーカーをはずした、人工肛門を閉鎖した)

○ 透析やペースメーカー植え込み以外で、認定基準に合致するか15条指定医に相談するよう案内してください。

○ 障害が軽減されて認定基準に該当しなくなった場合、申請者は手帳を返還、障害名を削除しなければなりません。返還、障害名削除の申請を促してください。

(→P.15 3-3-2 (3) 障害名の削除、P.26 3-8 返還)

○ 返還された手帳は、必ず申請書と一緒に進達してください。

10-13 診断書の取扱い

1 診断書の写しがほしい。

○ 個人情報の開示請求により診断書の写しを提供することは可能ですが、手続きが煩雑であり、申請から開示決定まで時間を要します。

○ 保存期間（県で受理した日の翌年度から5年間）を過ぎた診断書は保存していません。

○ 手帳の申請以外に使用する場合は、あらかじめコピーをとっておくよう案内してください。

2 肢体不自由7級の診断書が作成された。7級の障害があることを証明してほしい。

○ 身体障害者手帳の交付をもって、身体障害者福祉法別表に該当する障害があることを証明しています。

7級は身体障害者福祉法別表に該当しないため、障害の証明書である手帳は交付できません。また、手帳の交付以外で7級を証明することはできません。

○ 埼玉県社会福祉審議会に諮問後に却下通知書を送付しますが、この通知書は7級の証明書ではありません。

